DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

DES

TUMEURS DU VENTRE

AVEC LES KYSTES DES OVAIRES

Par BOINET

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, ETC.

Notabilis hydropis species, quæ ovaria mulierum sæp occupat, difficulter cognoscitur, vix sine inciso cadavere.

BOERHAAVE, aphor. 1223.

EXTRAIT DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS

LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON,

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

1860

Boinet

DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

DES

TUMEURS DU VENTRE

AVEC LES KYSTES DES OVAIRES

Par BOINET

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, ETC.

Notabilis hydropis species, quæ ovaria mulierum sæpe occupat, difficulter cognoscitur, vix sine inciso cadavere.

BOERHAAVE, aphor. 1223.

EXTRAIT DE LA GAZETTE HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

PARIS,

LIBRAIRIE DE VICTOR MASSON,

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

1860

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.

DU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

DES

TUMEURS DU VENTRE

AVEC LES KYSTES DES OVAIRES.

Quoiqu'il paraisse aisé, en lisant les auteurs, de distinguer les tumeurs de l'abdomen les unes des autres, de nombreuses erreurs de diagnostic montrent tous les jours que les hydropisies de l'ovaire sont encore enveloppées de tant d'obscurité qu'il est parfois très difficile de les reconnaître. On ne saurait donc trop faire d'efforts pour arriver à une connaissance plus exacte de ces maladies, puisque les méprises qui peuvent avoir lieu, ont, au point de vue du traitement, des conséquences souvent fâcheuses. Bien que les symptômes spéciaux qui appartiennent aux hydropisies de l'ovaire, à leur différent degré de développement, soient assez nombreux et assez évidents, les erreurs de diagnostic sont encore si communes, que nous croyons devoir insister sur les moyens d'exploration à l'aide desquels on peut, sinon toujours, au moins dans l'immense majorité des cas, reconnaître ces hydropisies.

Les affections que l'on a le plus souvent prises pour des hydropisies ovariques sont l'ascite, la grossesse, la grossesse extra-utérine, la tympanite, l'hydropisie enkystée du péritoine, des tumeurs fibreuses, cancéreuses, des amas de matières fécales endurcies, des abcès des fosses iliaques, l'hématocèle rétro-utérine, des kystes hydatiques, etc.; et cependant toutes ces maladies n'ont que les apparences des kystes ovariques et ont des signes particuliers qui peuvent les faire reconnaître. Mais avoir reconnu

un kyste de l'ovaire des autres tumeurs qui peuvent se rencontrer dans la cavité abdominale n'est pas encore tout le diagnostic des kystes ovariens ; il reste encore à savoir à quelle variété de kyste on a affaire, si c'est un kyste unilobulaire ou multiloculaire, s'il est simple ou composé, s'il est compliqué d'une ascite, d'une grossesse, de tumeurs fibreuses, etc.; si le liquide qu'il renferme est séreux, clair, hydatique ou bien s'il est coloré, épais, filant, gélatineux, séro-purulent, purulent, etc.; si, enfin, les kystes sont mobiles ou adhérents avec les parois de l'abdomen. Il est facile de voir d'après cette simple énumération de tumeurs diverses et de variétés de kystes qui peuvent se rencontrer dans la cavité abdominale, combien un diagnostic certain est quelquefois difficile à préciser. Heureusement que chacune de ces tumeurs, que chaque variété de ces hystes offre des signes et des symptômes qui leur sont propres et à l'aide desquels on peut les distinguer les unes des autres. Au point de vue du pronostic, et du traitement surtout, savoir reconnaître chaque tumeur en particulier et les états si variés qu'elle peut présenter est de la dernière importance. Non-seulement cette distinction nous apprend quelles sont les chances de guérison qu'on peut espérer, mais elle nous indique encore si l'on doit opérer ou non, si l'on doit faire des ponctions suivies d'injections iodées ou tout simplement des ponctions palliatives, ou bien, enfin, si l'ovariotomie peut offrir quelques chances de succès dans les cas où l'on croirait devoir recourir à cette grave et ultime ressource.

Avant donc d'aborder le diagnostic différentiel des kystes de l'ovaire avec les tumeurs, soit solides, soit liquides, qui peuvent se développer dans la cavité abdominale, disons quels sont les signes qui caractérisent les hydropisies enkystées des ovaires. Ces signes varient suivant que le kyste a acquis un développement considérable ou bien qu'il est petit et à son début, suivant qu'il est uniloculaire ou multiloculaire, suivant qu'il renferme un liquide séreux, gélatineux, purulent, suivant enfin qu'il est compliqué d'une autre maladie, d'une ascite, d'une grossesse par exemple, etc., etc.

Un des premiers symptômes de l'existence d'un kyste est une douleur sourde, un embarras, une gêne, une pesanteur, une espèce de tiraillement dans une des régions iliaques. Ce symptôme est souvent le résultat d'une turgescence, d'une irritation de l'ovaire et se manifeste surtout soit avant, soit pendant les époques menstruelles. D'autres fois cette douleur ne devient sensible qu'à la pression ou dans certains mouvements; ces premiers signes, il est vrai, n'ont pas une grande valeur au début au point de vue du diagnostic de la tumeur ovarique, qui n'existe pas encore pour

ainsi dire, mais plus tard, lorsque le ventre aura pris du développement, qu'il aura une forme uniforme et qu'il est devenu impossible de reconnaître soit par la vue ou la palpation de quel côté le kyste a pris naissance, ces signes acquièrent une signification très importante, puisqu'en faisant connaître le côté où le kyste a commencé, ils indiquent à l'opérateur le côté où la ponction devra être pratiquée. J'ai fait connaître ailleurs (*Iodothérapie*, p. 408, au chapitre *de la cure radicale des hydropisies de l'ovaire*) pourquoi on doit opérer les kystes ovariques du côté où ils ont pris naissance.

Plus tard, quand la maladie fait des progrès, apparaît dans une des régions iliaques une tumeur plus ou moins indolente, appréciable à la main, lobulée ou arrondie, et qui offre une résistance égale, élastique. Il arrive assez souvent que cette tumeur dépasse le pubis ou même arrive jusqu'à l'ombilic, sans que la malade se soit doutée de son développement, et c'est alors que le médecin, appelé pour la première fois, constate quelquefois difficilement le côté où elle a commencé. Au bout d'un certain temps, l'abdomen offre un développement uniforme et a le volume d'une grossesse avancée. Si la malade est jeune et s'est exposée à devenir enceinte, elle se trompe volontiers sur cette augmentation du ventre ou bien elle se figure qu'elle engraisse, et ce n'est que quand le kyste a acquis un volume considérable que sa durée a dépassé les limites naturelles d'une grossesse, alors que la tension de l'abdomen devient de plus en plus grande, que la sensation d'un liquide qui se déplace a lieu, que les troubles fonctionnels des viscères abdominaux, la gène de la respiration, etc., ne laissent plus de doute aux malades, qu'elles reconnaissent, malgré un état de santé ordinairement bon, qu'elles sont hydropiques.

Mais il est des signes spéciaux qui caractérisent ces kystes ovariques à leurs différentes périodes de développement. Quand on est consulté au début de la maladie, on doit porter toute son attention sur la forme du ventre; on reconnaîtra souvent, en l'examinant avec soin, qu'il est plus saillant d'un côté que de l'autre; s'il est uniforme, c'est en palpant le ventre, en le déprimant, qu'on découvrira dans certains cas l'existence de la tumeur, et qu'on pourra la limiter et la déplacer en la portant du côté où elle a pris naissance. Chez les jeunes filles ou chez les femmes qui n'ont point fait d'enfant, il devient quelquefois difficile de constater de quel côté la tumeur a commencé, parce que, en même temps que la tumeur s'accroît, le côté opposé se remplit du paquet intestinal qui y est refoulé, de sorte que l'abdomen est également tendu; c'est alors que la percussion pratiquée avec soin, sur tous les points du ventre, indique une tumeur dans un des côtés du ventre et le paquet intestinal refoulé dans l'autre, et quand les parois du

ventre présentent une certaine laxité, ordinaire aux femmes qui ont fait des enfants, et que le ventre n'est pas très volumineux, la tumeur peut se déplacer dans la position de droite et de gauche que prend la malade et assez souvent fait sentir en se déplaçant une sorte d'ondulation.

Une fois la tumeur reconnue dans un des côtés de l'abdomen, il reste à savoir si elle est liquide ou solide. La pression sur cette tumeur, circonscrite et comprimée le long de la fosse iliaque, fera reconnaître une fluctuation plus ou moins évidente, et laissera percevoir une dépression élastique, qui empêche de la confondre soit avec une tumeur fibreuse, soit avec un amas de matière fécale ou toute autre tumeur solide. La percussion donne un son mat dans toute l'étendue de la tumeur et souvent la sensation d'une fluctuation. Le toucher par le vagin ou par le rectum n'apprendra rien, parce que la tumeur, encore placée dans la région iliaque et lombaire ne s'est pas encore développée dans le petit bassin, mais dès qu'elle aura acquis un certain développement, le toucher vaginal pourra devenir utile, pour apprendre, si aucun autre signe ne l'avait indiqué, dans quel côté du ventre la maladie a débuté, parce que alors la tumeur, en se développant, attire de son côté le fond de la matrice, et donne à cet organe une position oblique, tel que son col est toujours du côté opposé à son fond, c'est-à-dire que le fond est à droite quand le col est à gauche. Ce signe, très important dans certains cas, où il faut absolument savoir, pour opérer, de quel côté le kyste a commencé, ne doit être recherché que lorsque les malades, dont le ventre a acquis un volume considérable et uniforme, ne peuvent dire de quel côté la maladie a débuté.

A une époque plus avancée encore, lorsque le ventre est uniforme et n'offre aucune inégalité, c'est à la pression et à la percussion qu'il faut avoir recours pour établir le diagnostic. Par la pression, on peut percevoir de la fluctuation, des inégalités, des duretés que l'œil ni la main passée légèrement n'avaient pu faire découvrir. Si les parois abdominales ne sont pas trop tendues ou œdématiées, on peut, en déprimant le ventre dans tous les points de son étendue, sentir des masses plus ou moins considérables, plus ou moins mobiles, de forme et de volume divers, d'un tissu plus ou moins résistant, tantôt dur, tantôt mou, élastique. Ces masses qui semblent des corps sphériques un peu aplatis, sont parfois si volumineux, si diversement placés, qu'ils simulent un déplacement anormal du foie, de la rate et du rein. Quelquefois la sensation de fluctuation n'est que partielle, peu distincte, et les différentes parties de la tumeur offrent une résistance inégale. Dans ces cas, il existe soit un kyste multiloculaire, soit un kyste ou des

tumeurs compliquées d'ascite. D'autres fois, la fluctuation est générale et plus évidente que dans l'ascite même au dernier degré. C'est à reconnaître la nature de ces différents états que doit s'appliquer le praticien. Ils ont tous des caractères particuliers, spéciaux, qui les font distinguer les uns des autres et aident à poser les indications du traitement.

Dans l'immense majorité des cas, on peut, pour ne pas dire toujours, reconnaître si l'on est en présence d'un kyste soit uniloculaire avec liquide séreux ou purulent, épais, filant, soit d'un kyste multiloculaire avec liquide séreux ou visqueux, gélatineux, soit d'un kyste compliqué d'une ascite, d'une grossesse, ou de tumeurs fibreuses ou cancéreuses, etc., soit d'une ascite, d'une hydropisie enkystée du péritoine, d'une tumeur dure, fibreuse, soit enfin d'une grossesse, etc. On peut même, dans les kystes multiloculaires, indiquer le nombre des poches qui correspondent à la paroi antérieure de l'abdomen. La percussion, aidée de la palpation et du commémoratif, suffit pour établir tous les diagnostics.

La percussion est en effet le principal moyen et le plus sûr pour reconnaître si un kyste est uniloculaire, ou multiloculaire, multiple ou compliqué; si le liquide qu'il contient est séreux, épais, filant, gélatineux, s'il a plusieurs loges et quelle est la grandeur de ces loges, leur nombre, et dans quelle étendue elles correspondent aux parois de l'abdomen. La marche de la maladie, les douleurs plus ou moins vives qu'ont éprouvées les malades, les signes d'inflammation plus ou moins sensibles qui se sont manifestés du côté du ventre, l'état général de la santé serviront encore à indiquer de quelle nature est le liquide, s'il est séro-purulent ou purulent, quelle est sa coloration, etc.; enfin, la palpation aidant fera découvrir les tumeurs plus ou moins dures qui peuvent compliquer les kystes.

Après ces considérations générales sur le diagnostic des hydropisies de l'ovaire, nous allons aborder les détails, et dire les signes spéciaux caractéristiques de chaque variété de kystes. Étudions d'abord ceux qui sont les plus simples, les kystes uniloculaires. Lorsque les kystes de cette espèce ont envahi toute la cavité abdominale, que le ventre est uniformément développé, ils offrent les symptômes suivants :

D'abord la forme du ventre. Il est saillant, en pointe, on dirait la femme arrivée au dernier terme de la grossesse; puis, si en percutant doucement avec un ou plusieurs doigts, ou mieux si en donnant une petite *pichenette* sur un des points du ventre, n'importe lequel, et quelle que soit la position de la malade, le flot du liquide est perçu facilement par l'autre main, appliquée n'importe

dans quel point du ventre, mais de préférence au point opposé à celui où est faite la percussion, le kyste est uniloculaire, et si à ce premier signe la percussion indique une matité dans toutes les parties antérieures et inférieures du kyste, et de la sonorité seulement au creux épigastrique et dans les flancs ou parties latérales inférieures de l'abdomen, quelle que soit la position prise par la malade. Il en est ainsi parce que les intestins, refoulés par la tumeur ovarique qui les recouvre, débordent seulement sur les côtés du kyste, c'est-à-dire dans les flancs, ce qui fait que la sonorité n'est appréciable que dans ces points. Si on fait coucher la malade soit sur le côté droit, soit sur le côté gauche, la matité ne se déplace jamais, et se retrouve toujours dans les mêmes points et dans les points les plus élevés du kyste. Ces signes sont constants et pourront toujours faire reconnaître une hydropisie enkystée uniloculaire de l'ovaire d'une ascite, par exemple. Pour qu'il en fût autrement, il faudrait qu'une communication accidentelle se soit établie entre le kyste et les intestins, et ait donné accès à l'entrée de l'air dans la cavité du kyste. Une circonstance qui peut encore aider pour le diagnostic des kystes uniloculaires simples et exempts de lésions organiques, c'est qu'en général la santé est bonne, malgré le développement considérable du ventre, et qu'il est très rare de rencontrer les membres inférieurs gonflés ou infiltrés. Toutes les fois qu'un kyste offre les conditions que nous venons d'indiquer, il est uniloculaire.

Je n'ai jamais rencontré qu'un cas où cette manière de procéder a été mise en défaut, c'est dans une variété de kyste gélatineux que j'ai observée avec M. le docteur Putel chez une de ses clientes. C'était chez une femme âgée d'environ cinquante à soixante ans : elle avait un développement considérable du ventre, ayant dépassé de beaucoup le volume d'une grossesse à terme. La percussion exercée légèrement dans tous les points du ventre donnait la sensation d'un liquide très séreux, et la fluctuation paraissait tellement sensible et tellement nette, en raison de la minceur des parois abdominales, que l'ascite la plus considérable n'eût pas donné une autre sensation et que l'on eût bien pu prendre cette maladie pour une hydropisie du péritoine si d'autres signes n'étaient venus établir qu'on avait affaire à un vaste kyste uniloculaire, à un kyste celluleux, aréolaire. Une ponction faite avec un gros trocart ne donna issue, à notre grand étonnement, à aucun liquide. La percussion, pratiquée de nouveau et avec soin, nous convainquit de plus en plus que le contenu de ce kyste devait être liquide et qu'il y avait un phénomène extraordinaire, et que nous ne pouvions expliquer, qui empêchait le liquide de s'écouler. Le trocart retiré fut enfoncé dans un autre point du ventre, du côté opposé : cette fois

encore il ne sortit rien ; alors un fil de fer introduit par la canule du trocart pénétra dans le kyste avec la même facilité que si on l'eût plongé dans l'eau : il ne sortit rien encore ; mais, en retirant ce fil de fer de la canule, nous vîmes apparaître une matière épaisse, gélatineuse, non coulante, transparente, de couleur blanc-jaunâtre, en un mot de véritable gélatine, ce qu'il nous fut facile de constater en nettoyant la canule, qui en était remplie. Rien, dans ce cas, ne pouvait nous faire soupçonner la nature du contenu, car la percussion, pratiquée avec grand soin, nous donna toujours les mêmes renseignements, quelque envie que nous eussions de trouver un signe particulier pour diagnostiquer cette variété de kyste ; les seules circonstances qui peut-être auraient pu nous éclairer et qui devront une autre fois apporter quelque défiance dans le diagnostic, c'est que cette malade était très amaigrie, avait la peau sèche, jaunâtre, et offrait à un haut degré les traces de la cachexie cancéreuse ; d'ailleurs, toutes les fonctions se faisaient passablement, moins toutefois la gêne apportée dans la respiration par le développement considérable du ventre. Les exemples de cette variété de kyste sont très rares.

C'est dans les cas où le ventre a acquis un grand développement qu'il devient quelquefois difficile de savoir de quel côté la maladie a débuté, si c'est à droite ou à gauche. Alors il faut remonter au début et chercher à savoir quels symptômes ont existé, s'il y a eu de la douleur, un malaise, un embarras dans un des côtés du ventre, un tiraillement, etc. Aidé de ces signes, on peut, avec quelque probabilité, arriver à connaître quel a été l'ovaire affecté Si ces renseignements venaient à manquer ou laissaient quelque doute, il faudrait alors avoir recours au toucher vaginal, et la position oblique du col de l'utérus ferait reconnaître de quel côté le kyste a pris naissance, puisque, comme je l'ai déjà dit, dans les kystes ovariques qui ont pris un certain développement, le fond de la matrice, entraîné, attiré du côté où le kyste s'est développé, prend une position oblique telle que le col de cet organe se trouve toujours du côté opposé au kyste, c'est-à-dire que, si le col est à droite, le kyste a pris naissance à gauche, et *vice versâ*.

Quoique le diagnostic paraisse facile à établir pour les hydropisies enkystées uniloculaires, il donne souvent lieu à des erreurs de diagnostic. Parmi les nombreux cas qu'il nous a été donné d'observer, nous en citerons quelques exemples.

Une demoiselle de trente ans environ, après s'être fait traiter inutilement pour une hydropisie par tous les charlatans du monde, vint me trouver pour la guérir d'un kyste de l'ovaire. Elle a appris que je traitais ces affections par les injections iodées. Sur ma remarque qu'elle pouvait bien avoir une autre hydropisie qu'une hy-

dropisie enkystée de l'ovaire, elle me répondit qu'elle en était sûre, puisque deux médecins très distingués des hôpitaux, qu'elle me nomma, et dont un lui avait déjà fait la ponction, lui avaient affirmé qu'elle avait une hydropisie de l'ovaire, et que dès lors mon examen était inutile ; elle venait prendre jour avec moi pour l'opération. Plein de confiance dans le diagnostic de mes savants confrères, et rassuré par le dire de la malade, qui paraissait avoir une connaissance parfaite de sa maladie, je me rendis chez elle au jour dit, accompagné de mon confrère le docteur Delarue. C'était le 16 mai 1853. J'avais fait préparer une injection comme si j'avais eu affaire à un kyste de l'ovaire, et ne songeant pas même à vérifier le diagnostic de mes confrères des hôpitaux, je fis une ponction qui donna issue à plus de 20 litres de liquide séreux. Le liquide évacué, je pratiquai l'injection iodée ; mais, au premier jet poussé avec force et confiance, la malade jeta un cri si pénétrant, ressentit une douleur si vive, qu'à l'instant même je reconnus que j'avais fait une injection iodée dans la cavité péritonéale. Bref, une péritonite purulente générale en fut la suite et compromit gravement les jours de la malade, qui cependant, après bien des soins et de nouvelles ponctions pour évacuer le pus du péritoine, et de nouvelles injections iodées, finit par guérir radicalement. Aujourd'hui, plus de six ans après cette opération, la malade jouit d'une excellente santé. (*Iodothérapie*, p. 206.)

Outre que cette observation servira à montrer que les praticiens les plus habiles peuvent prendre une ascite pour un kyste de l'ovaire, elle prouvera encore que les péritonites aiguës suppurées peuvent être suivies de guérison pour peu qu'on ait la hardiesse d'évacuer le pus par des ponctions et de faire des injections iodées. Un autre point sur lequel je dois encore insister au point de vue du diagnostic, c'est que la douleur si vive qu'éprouvent les malades au moment de l'injection est un signe certain qui annonce trop tard, il est vrai, qu'on a commis une erreur de diagnostic et qu'on a pratiqué une injection iodée dans le péritoine, croyant la faire dans un kyste ovarique. Mais, je le répète, pour peu qu'on veuille s'en donner la peine, il est toujours facile de reconnaître une hydropisie ascite d'une hydropisie de l'ovaire, et c'est un tort de s'en rapporter aveuglément au diagnostic des autres, lors même que leur réputation de savoir est authentiquement établie. En voici encore un exemple remarquable :

Une jeune fille du Midi, brune, bien constituée, bien réglée, âgée de vingt ans environ, vint à Paris pour y chercher des soins contre une tumeur abdominale qui depuis quelques mois faisait des progrès incessants. Elle avait été adressée à M. le professeur Cazeaux. Ce savant

médecin provoqua une consultation, où je fus appelé avec deux professeurs de la Faculté... M. Cazeaux avait parfaitement reconnu un kyste ovarique uniloculaire, et demandait une consultation, plutôt pour savoir si l'on devait soumettre cette jeune personne à une ponction suivie d'une injection iodée, que pour avoir un avis sur la nature de la maladie. Cependant les avis furent partagés : l'un de nos maîtres diagnostiqua une ascite, et l'autre déclara qu'il fallait faire une injection, qu'il y eût ascite ou kyste de l'ovaire. Appelé à donner mon avis, je me trouvai un moment incertain entre le diagnostic si précis de M. Cazeaux et celui des deux autres consultants, mais après avoir examiné de nouveau la malade, je me rangeai au diagnostic de M. Cazeaux.

J'opérai cette jeune fille, dont le kyste renfermait 14 à 15 litres de liquide séreux, et la guérison a été radicale, ainsi que j'ai pu le constater plus de deux ans après, avec M. Cazeaux, pendant un voyage de notre jeune malade à Paris.

Voici les circonstances qui, pendant un moment, m'avaient fait hésiter : la malade étant couchée sur le dos, le ventre offrait un développement uniforme. Elle ne pouvait dire de quel côté avait commencé la maladie. Lorsqu'elle avait reconnu que son ventre grossissait, il lui avait paru uniforme dans tous ses points. Comme nous avions affaire à une jeune fille, je n'osai la toucher, et lorsqu'on percutait le ventre, voici ce que l'on observait :

La fluctuation était bien nette et bien sensible dans tous les points du ventre, ce qui indiquait un liquide clair et séreux ; mais la matité offrait des différences, soit que l'on percutât à droite ou à gauche. Ainsi, à droite et en haut, elle laissait entendre une sonorité, qui était remplacée à gauche par une matité très prononcée. Cette sonorité était surtout remarquable à droite, lorsqu'on faisait placer la malade sur le côté gauche, de telle sorte qu'en examinant superficiellement, on pouvait croire à un déplacement du liquide, dû à la position de la malade, et diagnostiquer une ascite; mais si on prenait la précaution, et c'est ce que je fis à un second examen, de faire coucher alternativement la malade sur le côté droit et sur le côté gauche, on reconnaissait bien vite qu'il n'y avait point de déplacement de liquide du côté gauche, et que la matité existait toujours au sommet de la tumeur, quoique la malade fût couchée sur le côté droit, et que dans cette position le côté droit laissât encore entendre une sonorité assez marquée. Voici pourquoi les choses se passaient ainsi, et devaient se passer ainsi, c'est que le kyste, qui était placé à gauche, quoique déjà fortement développé, n'avait pas encore envahi la totalité de la cavité abdominale, et qu'en refoulant les intestins à droite, il gardait une position relative, et que le son clair, au lieu d'être perçu à l'ombilic, comme dans l'ascite, lorsqu'on percutait, l'était principalement du côté opposé à la tumeur.

Kyste ovarique uniloculaire hydatique, pris pour une ascite. 25 litres de liquide. Une seule ponction, une seule injection. Guérison. — Une pauvre femme de la rue de Fourcy, n° 4, nommée Livret, munie d'une lettre de recommandation d'un professeur de médecine, vint me trouver pour que je la guérisse d'une hydropisie par les injections iodées. Le savant confrère qui me l'adressait me l'envoyait comme affectée d'une ascite. Cette femme, dont le ventre avait acquis un déve-

loppement considérable, était un objet de commisération dans tout son quartier, et parmi les médecins du bureau de bienfaisance qui l'avaient examinée maintes et maintes fois, les uns croyaient à une hydropisie en kystée de l'ovaire, les autres à une ascite. Cette femme, âgée de quarante-huit ans, d'une constitution nerveuse, sèche, est très maigre. Réglée à quatorze ans, mariée à dix-neuf, elle a eu dix enfants. Ses règles sont encore r g lières, et ses fonctions digestives se font bien. Il y a huit ans qu'elle est accouchée pour la dernière fois, et depuis cette époque son ventre a commencé à se développer, et offrait au bout d'une année le développement d'une grossesse à terme. Pendant un certain temps, quoique les règles vinssent régulièrement, elle se crut enceinte. Pendant plusieurs années, elle s'est soumise inutilement à une foule de remèdes qui n'ont pas empêché le ventre d'augmenter et qui ont détérioré sa santé. Elle est si grosse qu'elle peut à peine marcher ; elle est oppressée, sans appétit et a des digestions difficiles. A l'examen, je trouve tous les signes d'un kyste uniloculaire renfermant une très grande quantité de liquide séreux. Le 8 mai 1858, assisté du savant confrère qui m'avait adressé cette malade, je retire 25 litres d'un liquide limpide, clair comme de l'eau de roche, liquide qui ne se rencontre que dans les kystes hydatiques Le liquide écoulé, on ne constate aucune tumeur dans le ventre ni dans les parois du kyste. Une injection iodée, à parties égales, poussée dans le kyste, ne produit pas la moindre douleur. Une semaine après, cette femme était guérie et vaquait à ses occupations. La guérison ne s'est pas démentie depuis cette époque Cette femme qui était maigre, chétive, souffrante au moment de l'opération, a repris des forces, de l'embonpoint, et jouit aujourd'hui d'une excellente santé.

Je pourrais encore citer de nombreux cas d'erreur de diagnostic d'hydropisies des ovaires prises pour des ascites, par exemple celui d'une jeune fille que j'ai opérée avec MM. Danyau et Fontès, et qui déjà avait été traitée et opérée à l'Hôtel-Dieu pour une ascite. Elle avait un kyste uniloculaire renfermant au moins 25 litres de liquide, et qu'une seule injection a guérie. Un autre cas est celui de la dame d'un avoué de Normandie, qui, examinée et soignée par divers médecins, avai subi depuis quatre ans cinq ponctions pour une prétendue ascite ; on retirait à chaque fois de 20 à 22 litres de liquide. Je l'ai injectée plusieurs fois, assisté de M. le docteur Mesnet, médecin des hôpitaux, et le 26 décembre 1857 j'ai pratiqué la dernière injection, qui était la sixième, en présence de M. le professeur Danyau. La guérison a été radicale. Une lettre que je viens de recevoir de la malade au commencement de cette année, pour me remercier de nouveau, m'annonce que la guérison ne s'est pas démentie.

Nous venons de voir que les erreurs de diagnostic, de l'ascite avec les kystes de l'ovaire, sont très communes ; il me serait

facile d'en relater de nombreux cas, mais je crois plus utile d'en citer d'un autre genre.

L'observation suivante, qui a été publiée dans le journal le PROGRÈS, n° 36, année 1858, page 261, est intéressante à un double point de vue; elle montre d'abord combien il est parfois difficile, même à des praticiens très habiles, d'établir le diagnostic des kystes simples de l'ovaire avec les kystes multiloculaires, et ensuite à quelles conséquences fâcheuses pour les malades peut entraîner une pareille erreur de diagnostic. Nous relaterons tous les avis qui ont été émis sur ce fait, qui cependant n'offrait aucune complication.

Une jeune fermière des environs de Nevers vient à Paris dans le courant d'août pour consulter au sujet d'une tumeur qu'elle porte dans le ventre ; les médecins de son pays, qui l'ont examinée maintes et maintes fois, ont déclaré son mal au-dessus des ressources de l'art, et l'ont engagée *à ne rien faire, et surtout à ne se soumettre à aucune opération, à moins de vouloir s'exposer à la mort.*

Cette jeune femme est âgée de vingt-sept ans; mariée depuis neuf ans, elle est accouchée il y a huit ans. Les règles ont toujours été très régulières et abondantes pendant huit jours chaque mois. La santé générale paraît très bonne. Depuis trois ans environ le côté gauche du ventre est devenu le siége de douleurs fixes; il a augmenté peu à peu de volume, et il offre aujourd'hui celui d'une grossesse de sept ou huit mois. Les fonctions digestives et respiratoires sont gênées depuis plusieurs semaines.

A son arrivée à Paris, la malade s'adresse à un médecin des hôpitaux, praticien des plus renommés et des plus habiles, qui lui écrit la consultation suivante :

« Nous trouvons madame ayant le facies et l'apparence d'une » belle santé générale. Le ventre a le volume d'une grossesse de » huit mois au plus; la tumeur est due à une *agglomération de » kystes ovariens* formant une tumeur sphérique, inégale, du volume » d'une sphère de 8 à 10 centimètres de diamètre. Cette tumeur » enkystée appartient à l'ovaire gauche. L'utérus est parfaitement » sain, et libre d'adhérences immédiates à la tumeur.

» Nous conseillons à madame de s'en tenir, quant à présent, *à » une curation palliative, consistant uniquement en l'usage d'une » ceinture modérément serrée.*

» Le régime alimentaire sera celui de la santé ordinaire.

» Madame devra avoir soin, tous les mois, de rester couchée, » sans se lever un seul instant pendant toute la durée des règles.

» S'il arrivait que la tumeur prît ultérieurement du développe- » ment, au point de gêner la respiration et la digestion, on prati-

» querait la paracentèse, qui se ferait sans danger, mais il ne peut » être actuellement, en aucune manière, question de cette opé- » ration.

» Tous les moyens chirurgicaux qui pourront être proposés à » madame pour guérir cette tumeur, tous les moyens internes con- » seillés pour y parvenir, les injections quelconques faites dans le » même but sont des moyens qui ne méritent absolument aucune » confiance; leur effet le plus certain serait de mettre en péril la » vie de la malade. Les médecins prudents et sages, soigneux de » la vie des hommes, ne font point de pareilles expériences (1).

» S'il arrivait que la tumeur devînt trop douloureuse, une médi- » cation antiphlogistique modérée, instituée par le repos, les bains, » les cataplasmes émollients, et au plus de petites émissions san- » guines générales, serait nécessaire temporairement.

» Paris, 9 août 1858. *Signé* GENDRIN. »

Peu satisfaite de cette consultatation, dont le résumé était, en réalité, *de ne rien faire*, et sachant qu'elle avait une maladie qui devait la faire mourir, la consultante alla demander l'avis d'un autre docteur, M. Bougoin, lequel, sur le conseil de M. Robin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, conduisit la malade chez M. le docteur Boinet, dont voici la consultation.

« *Kyste uniloculaire de l'ovaire gauche, contenant un liquide un » peu épais, légèrement filant, et probablement de couleur chocolat. » Ponction et injection iodée.* — A la palpation de cette tumeur, qui » est ovoïde, globuleuse, fluctuante dans tous ses points, de quelque » côté qu'on la percute, on sent que la fluctuation n'est pas nette, » que le flot du liquide n'arrive pas d'une manière brusque au » point opposé où a lieu la percussion. De plus, cette tumeur, qui » est encore douloureuse au toucher, a toujours été le siége de » douleurs sourdes et fixes. 1° La perception du flot du liquide » dans tous les points de la circonférence de la tumeur doit faire » diagnostiquer un kyste uniloculaire. 2° L'espèce d'embarras, » d'empâtement qu'on constate dans l'oscillation imprimée au » liquide, qui n'arrive pas d'une manière franche et nette, comme » dans l'ascite, à la main opposée à celle qui percute, indique que » le liquide de ce kyste est un peu épais, filant. 3° Enfin les dou- » leurs que la malade éprouve dans ce kyste depuis plusieurs an- » nées dénotent que ce kyste a été le siége d'une inflammation

(1) Je suis sûr que mon savant maître, M. Gendrin, pour tenir un tel langage, n'a jamais fait ni vu faire d'injections iodées dans les kystes de l'ovaire, et je lui demanderai quels sont ceux qui sont le plus soigneux de la vie des hommes, de ceux qui les guérissent par une opération ou de ceux qui les laissent mourir sans leur rien faire?

» chronique, et par conséquent le liquide sécrété par ce kyste doit
» être coloré.

» En conséquence de tous ces signes, je pense que le kyste dont
» est atteinte madame la consultante est uniloculaire, qu'il ren-
» ferme environ 4 ou 5 litres d'un liquide un peu épais, légère-
» ment filant, coloré probablement couleur chocolat, et qu'il est
» dans les conditions de ceux qui doivent être traités par les injec-
» tions iodées; mais que, pour arriver à une cure radicale, il fau-
» dra probablement, en raison de la nature du liquide, faire plu-
» sieurs ponctions et plusieurs injections, et que les injections qui
» suivront la première devront être faites dès que le liquide se re-
» formera dans le kyste.

» Paris, 13 août 1858. *Signé* Boinet. »

Entre des avis aussi contradictoires, on comprend l'embarras et l'inquiétude de la pauvre malade. Qu'elle ne fasse rien ou qu'elle se fasse opérer elle doit mourir! Comment savoir lesquels ont raison, ou ceux qui veulent qu'on ne fasse rien, ou ceux qui conseillent une opération?

M. le docteur Bougoin, qui de son côté avait reconnu un kyste uniloculaire et partageait l'avis de M. Boinet au point de vue de l'opération, conseille à cette dame de ne pas s'en tenir aux consultations qu'elle a prises, et de s'adresser à d'autres médecins. Elle va voir séparément MM. Velpeau et Trousseau qui lui donnent les conseils suivants :

« *Kyste à parois épaisses, probablement unique.* — L'indication
» est ici 1° de faire une ponction dans la tumeur, et 2° si le kyste
» se vide bien et *que le liquide soit bien fluide*, de pratiquer aus-
» sitôt une injection iodée ; 3° dans le cas où le kyste resterait dur
» *ou ne se viderait que d'une matière épaisse*, on s'en tiendrait à la
» ponction pure.

» Paris, 16 août 1858. *Signé :* Velpeau. »

« J'estime que madame est atteinte d'un kyste de l'ovaire, sans
» tumeur fibreuse, sans lésion organique, *uniloculaire*. Il me pa-
» raît essentiel de faire la ponction, et *si le liquide est séreux*, on
» fera une injection iodée ; tout autre traitement me semblerait
» inutile, et en laissant s'accroître le kyste, on exposerait la ma-
» lade à des accidents sérieux.

» Paris, le 16 août 1858. *Signé :* Trousseau. »

Rassurée par les avis de MM. Bougoin, Boinet, Velpeau, Trousseau, qui étaient les mêmes à quelques différences près, la malade prit la résolution de se faire opérer sur-le-champ.

L'opération fut pratiquée le 17 août par M. Boinet, assisté de M. le docteur Bougoin; elle a montré que le kyste, qui s'est parfaitement et facilement vidé par la ponction, était *uniloculaire, à parois si minces* qu'il était impossible de les sentir au travers des parois abdominales après l'opération; 2° qu'il renfermait cinq litres d'un *liquide couleur chocolat un peu épais, légèrement filant;* 3° enfin que c'était un kyste simple sans aucune autre complication. Avant de pratiquer l'injection iodée, qui était composée de parties égales (de chaque, 60 grammes) de teinture d'iode et d'eau, avec addition de 4 grammes d'iodure de potassium, deux lavages d'eau tiède ont été faits pour enlever la matière grasse qui pouvait tapisser les parois du kyste. Le liquide iodé est resté environ six à sept minutes dans la cavité du kyste, et a été retiré entièrement. Il n'a produit aucune douleur, et la malade, quoique très nerveuse, n'a pas éprouvé la moindre réaction.

Opérée le 17 août, elle est repartie pour son pays le 23, c'est-à-dire six jours après l'opération. Cette malade a subi trois ponctions et trois injections iodées.

Dans ce cas, le diagnostic a divisé des hommes dont le talent ne saurait être contesté; mais il est évident qu'un examen plus attentif de toutes les circonstances qui accompagnaient ce kyste eût permis d'arriver à un diagnostic plus précis.

Ainsi, quand le flot du liquide n'est pas perçu dans tous les points d'un kyste, quelque soit le point où l'on exécute la percussion, on peut dire, à coup sûr, que ce kyste est multiloculaire, ou qu'il renferme un liquide très épais, très dense et très filant. Alors le flot du liquide est divisé en autant de surfaces circonscrites qu'il y a de poches au contact de la paroi antérieure de l'abdomen, et la fluctuation générale, si je puis m'exprimer ainsi, n'a plus lieu; il n'y a que des fluctuations locales, partielles, limitées par l'étendue en superficie de chaque loge, dans les seuls points où ces loges correspondent avec la paroi abdominale. Dans ces cas, si une pichenette est appliquée sur un point du ventre, le flot du liquide n'est plus senti dans le point opposé au lieu où se pratique la percussion, mais seulement dans la circonscription de la loge. On peut, en procédant ainsi, arriver à compter les nombreuses loges dont se compose un kyste, au moins de celles qui sont superficielles et en rapport avec la paroi abdominale; il y a presque toujours une poche principale, une poche mère, autour de laquelle sont groupées toutes les autres.

Cette disposition particulière est facile à reconnaître par la fluctuation, qui est sensible dans une étendue plus considérable du kyste. Quelquefois des bosselures, des dépressions plus ou moins apparentes indiquent la division des kystes en plusieurs poches, et

en palpant le ventre on arrive quelquefois à les reconnaître. La présence de tumeurs dans les parois du kyste, l'épaisseur très grande des parois, la division en plusieurs cellules, et surtout la densité du liquide, rendent l'ondulation obscure. La réplétion extrême des kystes, quand le liquide est épais, donne lieu à une sensation de vibration remarquable. Ce n'est plus, dans ces cas, à la percussion qu'il faut recourir, mais bien au palper, à la pression pratiquée de toutes les manières. Dans les kystes multiloculaires, l'état général de la santé n'est pas ordinairement très bon.

Reste à établir la nature du liquide contenu dans un kyste, sa densité plus ou moins grande. Lorsque le liquide est séreux, limpide, hydatique, en un mot lorsqu'il doit sortir par la canule du trocart, comme sortirait de l'eau, la fluctuation est franche, nette, facile, sentie dans tous les points de la poche, et ressemble à celle d'une ascite considérable. Si le liquide est plus dense, épais, filant, visqueux, huileux, la fluctuation, quoique perceptible dans tous points de l'abdomen, est bien moins franche, bien moins nette ; on sent que le flot du liquide arrive à la main appuyée sur le ventre, du côté opposé où a été donnée la pichenette, d'une manière moins prompte, plus embarrassée, plus empâtée ; le choc est sensiblement moins net, moins sec ; le liquide se déplace avec moins de facilité, on le dirait plus lourd ; dans ces cas, surtout quand le liquide est trop épais pour sentir la fluctuation, on le reconnaît en imprimant aux mains appliquées sur le ventre des mouvements de succussion, ou un va-et-vient qui, en pressant alternativement le ventre entre les deux mains, vous fait reconnaître que le contenu du kyste est un liquide offrant une certaine consistance.

Maintenant, si les malades ont éprouvé ou éprouvent des douleurs continues dans le ventre, s'ils ont eu des signes d'inflammation, des élancements, si le ventre a été ou est légèrement douloureux à la pression ou autrement, il est probable que le liquide, que le kyste, soit uniloculaire ou multiloculaire, aura une coloration plus ou moins prononcée, qu'il sera rougeâtre, séro-sanguinolent, couleur café ou chocolat, etc. C'est surtout dans les kystes multiloculaires, où il est épais, visqueux, de mauvaise nature, qu'il offre ces différentes colorations.

On peut également annoncer avec quelque probabilité que le liquide du kyste est de nature purulente toutes les fois que les malades auront une fièvre continue, lente, perte de l'appétit, des vomissements, de la diarrhée, de l'amaigrissement, des douleurs dans le ventre, et surtout dans le kyste, en un mot tous les symptômes de la fièvre hectique, ou qui annoncent des foyers de suppuration.

En tenant compte de toutes les particularités que je viens de

passer en revue, on arrivera à peu près sûrement au diagnostic des différentes variétés de kystes qui peuvent se former dans les ovaires.

L'ascite, avons-nous dit, est la maladie avec laquelle on confond, le plus souvent, les hydropisies enkystées. Pour éviter cette erreur, il suffit de se rappeler que d'abord l'ascite a ordinairement une marche plus rapide, que l'ampliation de l'abdomen est plus uniforme, plus égale, et que dans l'hydropisie enkystée le ventre est plus proéminent, et conserve la même rotondité de quelque côté que la malade soit couchée. Mais le moyen le plus sûr de ne pas confondre ces deux affections est d'avoir recours à la percussion ; celle-ci donne, comme nous l'avons déjà dit dans l'hydropisie enkystée, de la matité dans toute la partie antérieure, supérieure et inférieure de l'abdomen, et de la sonorité dans les flancs ; si, au contraire, le ventre est sonore à son sommet et mat dans ses côtés, il y a ascite, parce que dans cette dernière affection les intestins flottent à la surface du liquide, et restent en haut, quelle que soit la position du corps, tandis que dans l'hydropisie enkystée ils sont placés au-dessous du kyste et sur les parties latérales. Dans l'ascite, si l'on fait coucher la malade soit sur le côté droit, soit sur le côté gauche, le liquide se déplace et suit la position ; la sonorité est toujours appréciable du côté opposé à celui sur lequel est couchée la malade. Dans les kystes, qu'on fasse coucher la malade à droite ou à gauche, la matité ne se déplace jamais, et reste toujours dans le même point. Un autre signe qui est rare dans les kystes de l'ovaire, et à peu près constant dans l'ascite, surtout lorsque ces maladies ont une certaine durée, c'est qu'il y a infiltration des membres inférieurs, et qu'on trouve souvent du côté du foie, du cœur et des autres viscères de l'abdomen des lésions organiques caractéristiques.

Quant à l'hydropisie enkystée du péritoine, elle se reconnaît aux caractères suivants. La fluctuation est bien plus difficile à percevoir, elle est bornée, circonscrite, superficielle, et ne s'obtient jamais que dans les mêmes points. Les intestins sont placés au-dessous, et n'occupent pas, comme dans l'ascite, les points les plus élevés de l'abdomen. Dans cette espèce, que j'ai rencontrée deux fois chez l'homme, et une seule fois chez la femme, le liquide s'amasse soit dans un seul kyste étendu quelquefois de l'appendice xiphoïde au pubis et d'un hypochondre à l'autre, soit dans plusieurs kystes, qui, séparés les uns des autres par des dépressions très sensibles, sont placés très superficiellement dans l'épaisseur de la paroi abdominale. Tous les phénomènes de distension, de fluctuation dus à la présence d'un liquide se passent dans le cours de cette affection comme dans l'ascite ; mais l'hydropisie enkystée

du péritoine est toujours le résultat d'une péritonite ; elle a un développement lent ; la tumeur qu'elle forme se porte plus en dehors que l'ascite ; il y a moins de gêne dans la respiration ; il n'y a pas déplacement des intestins, comme dans l'ascite.

Une autre méprise, moins facile à comprendre, et qui ne peut s'expliquer que par la légèreté du praticien qui la commet, c'est de prendre une grossesse normale pour un kyste de l'ovaire, dans les cas où une jeune fille nierait s'être mise dans la possibilité de devenir enceinte.

M. Tavignot rapporte une erreur de ce genre (*Mémoire sur l'hydropisie enkystée de l'ovaire*, expérience 1840, n° 160, p. 55). Une ponction fut faite, et donna lieu à l'avortement et à la mort de la mère. Ce qui est plus commun, c'est de prendre un kyste de l'ovaire pour une grossesse. Cette erreur a lieu surtout chez les jeunes femmes, ou chez des femmes déjà d'un certain âge, très désireuses de devenir enceintes ; chez les unes, c'est la crainte d'une grossesse ou l'espoir de la dissimuler, qui leur fait dire qu'elles sont hydropiques ; chez les autres, c'est le désir d'être enceintes qui les empêche de croire à une hydropisie. Mais le médecin doit toujours se tenir en garde contre les récits des malades, et ne se prononcer qu'après un examen réfléchi. Pour les jeunes filles ou les jeunes femmes, ce qui fait le plus communément donner dans le piége et supposer une grossesse qui n'existe pas, c'est le développement progressif et considérable du ventre. Il y a des gens si prévenus, qu'il leur suffit de savoir qu'une jeune fille a le ventre gros, n'a plus ses règles depuis plusieurs mois, qu'elle est jolie, intelligente, etc., pour qu'ils décident qu'elle est enceinte. Je conviendrai bien avec eux qu'il est plus ordinaire aux jeunes filles et aux jeunes femmes d'être enceintes, lorsqu'elles sont dans les conditions que je viens de dire, que d'avoir une autre maladie, une hydropisie de l'ovaire par exemple ; mais comme il est fort possible que le contraire arrive, je dis que lorsqu'il est question de juger, ce n'est pas par l'âge ou les discours des malades qu'on doit le faire, ou par les apparences, mais par la maladie elle-même. Quand un kyste de l'ovaire se montre chez une jeune fille ou une jeune femme, un des premiers signes est en effet le développement du ventre. Si ce développement est uniforme, et si la tumeur qui y donne lieu n'est pas plus saillante dans une des régions iliaques que dans l'autre, et si elle s'élève au-dessus du pubis, qu'elle offre dans ses différents points une résistance égale, et si en même temps il y a suppression des règles, on peut quelquefois, au début de la maladie, rester dans le doute, car alors la percussion indique la présence des intestins aussi bien à droite qu'à gauche, de chaque côté de la tumeur, et ne laisse percevoir aucune

sensation de fluctuation, mais ce doute ne peut être que de courte durée, car la tumeur devenant plus volumineuse, offrira bientôt des signes spéciaux qui la feront reconnaître. Si c'est une grossesse, les mouvements de l'enfant, le bruit fœtal, le bruit de souffle, l'état du col de l'utérus, le ballotement du ventre, la tuméfaction et la sensibilité des seins, etc.; l'absence des signes qui appartiennent soit aux hydropisies de l'ovaire, soit à l'ascite, etc., empêcheront de se méprendre plus longtemps. Entre plusieurs exemples, que je pourrais citer, je rapporterai seulement les deux suivants, parce qu'ils ont exercé la sagacité de plusieurs médecins distingués. Le premier a été publié dans la GAZETTE MÉDICALE (année 1840, p. 347), et est intitulé *Histoire d'une hydropisie de l'ovaire, prise pour une grossesse, une grossesse extra-utérine, un amas de matière fécale et diverses autres tumeurs*. Le second est inédit et a été pris jusqu'au dernier moment pour une grossesse, quoique les signes qui annonçaient un kyste multiloculaire fussent des plus évidents.

Une jeune fille âgée de seize ans fut admise à l'Hôtel-Dieu le 16 septembre 1836, pour une rétention d'urine, avec développement considérable du ventre. Elle a été réglée à douze ans et demi, sans accident. A l'âge de quinze ans et demi, après avoir été toujours très régulières, les règles se supprimèrent à la suite d'une vive émotion. Trois semaines après la disparition de cet écoulement menstruel, elle s'aperçut que son ventre grossissait, et ressentit dans le côté gauche une douleur sourde, profonde, et la pression occasionnait de la douleur dans ce côté. Le développement du ventre était uniforme, et fut aussi rapide que celui d'une grossesse ordinaire. Cette jeune fille, à son entrée à l'hôpital, paraît jouir d'une bonne santé ; elle est fraîche, jolie et a un embonpoint raisonnable; elle mange avec appétit, digère bien, va facilement à la garderobe, et n'accuse d'autre infirmité que sa rétention d'urine et son gros ventre. On est obligé de la sonder soir et matin, ou de la mettre au bain, où elle peut uriner.

Le ventre, examiné avec soin, offre un développement uniforme dans tous les sens, sans offrir ni dureté ni fluctuation; à la vue, on dirait une grossesse à terme, ou à peu près. La percussion n'est pas la même partout : dans le flanc droit, et dans l'espace situé au-dessous du nombril, on trouve une sonorité remarquable très prononcée; dans le flanc gauche, au contraire, on rencontre de la matité, et la pression, exercée dans ce point, est douloureuse et donne une sensation élastique. L'auscultation, faite avec soin par plusieurs personnes, ne donne aucun signe. Les seins de cette jeune fille sont d'un volume ordinaire, n'ont éprouvé aucun changement ni physique, ni physiologique; dans aucun temps elle ne les a sen-

tis plus douloureux ; ils sont fermes, sans dureté ni mollesse, et ont toute la fraîcheur de ceux d'une vierge. Les parties génitales sont celles d'une jeune fille sage ; elle assure d'ailleurs avec timidité n'avoir jamais eu de rapports génitaux. La membrane de l'hymen n'existe pas. Elle a été touchée plusieurs fois et examinée au spéculum. L'utérus n'offre rien de particulier ; le col est long, effilé et fait saillie dans le vagin. En faisant mettre cette jeune fille sur les genoux, pour la toucher, on ne sent nullement le ballottement qui accompagne ordinairement la grossesse, par le rectum, on ne note rien de particulier. La matrice est dans sa position ordinaire, ni plus haute, ni plus basse ; son volume n'est pas augmenté. Une sonde, introduite dans la vessie, ne rencontre aucun obstacle, et ne fait rien découvrir dans la vessie, dont la capacité paraît médiocre. Elle marche difficilement, comme une femme sur le point d'accoucher.

Incertain sur la nature de la maladie, M. Blandin, dans le service duquel elle était, la soumet à une médecine expectante, et prie MM. Roux, Montain (de Lyon), Récamier, Robert, etc, de l'examiner.

A un premier examen, le professeur Roux croit à une grossesse normale ; mais à un second, il refuse de porter un diagnostic. Il cite plusieurs cas de jeunes filles qui, soutenant n'être pas enceintes, n'en étaient pas moins accouchées à terme ; il engage à attendre.

M. Montain croit aussi à une grossesse, mais l'enfant est mort, ce qui a produit un épanchement et des gaz, soit dans l'ovaire, soit dans l'utérus ; d'ailleurs M. Montain n'ose dire si c'est le résultat d'une grossesse utérine, tubaire, ovarique ou abdominale.

M. Récamier refuse son diagnostic ; cependant il pense à un amas de matières fécales dans la fin du gros intestin.

M. Blandin, qui soigne habituellement la malade, croit à une hydropisie enkystée de l'ovaire gauche, à cause de la matité que l'on rencontre dans cette région.

M. Robert n'a aucune raison pour croire plutôt à l'une qu'à l'autre de ces maladies, et ne veut pas se prononcer, il trouve le cas trop embarrassant. D'autres médecins, présents à cet examen, croient à la rétention des règles dans l'utérus.

M. Jobert, appelé à examiner cette malade, pense à son tour, mais sans vouloir l'affirmer, qu'il pourrait bien y avoir un épanchement sanguin, une tumeur développée dans l'épaisseur du péritoine. Il introduisit, dans l'intérieur de l'utérus, une sonde de femme, qui y pénétra à la profondeur d'un pouce à un pouce et demi.

En résumé, tous les consultants restent dans le doute, voire même Blandin, qui croyait à un kyste ovarique.

Cette malade reste à l'Hôtel-Dieu jusque dans les premiers jours de mars 1837, conservant sa fraîcheur de jeune fille et son état habituel d'embonpoint; le ventre n'a ni diminué ni augmenté. Elle rentre à Saint-Louis le 15 juin 1837, dans le service de M. Manry, qui reste également incertain sur le diagnostic, quoique la malade dise sentir de l'eau dans son ventre. En effet, si l'on imprime un mouvement de succession brusque, on entend le flot d'un liquide, que l'on ne peut sentir par la percussion avec les doigts. Ce liquide paraît contenu dans un point assez circonscrit du ventre dans la région latérale gauche et inférieure de l'abdomen, où il existe toujours une forte matité, tandis que la sonorité est très évidente dans les autres parties du ventre, qui est toujours uniformément développé.

La pression cause toujours une douleur assez vive dans le côté gauche. L'état général de la santé n'a pas cessé d'être excellent, malgré de nombreux traitements mis en usage.

Cette observation m'a paru trop importante au point de vue du diagnostic des tumeurs de l'abdomen, et elle a fixé l'attention de tant de médecins célèbres, qui se sont trompés sur sa nature, que j'ai cru devoir la rapporter avec détail. Si quelquefois des erreurs ont lieu faute de connaissance ou par trop de précipitation, elles arrivent encore quelquefois, quelque précaution que l'on prenne; ainsi, dans ce cas, on a vu plusieurs praticiens distingués convenir qu'ils ne pouvaient affirmer qu'il existait telle maladie plutôt que telle autre, tout en portant cependant le diagnostic qui leur paraissait le plus probable, d'après les apparences et les signes que présentait cette jeune fille. C'est pourquoi, pour ne pas se laisser séduire par toutes les circonstances qui peuvent en imposer, il ne faut hasarder son jugement qu'après un mûr examen. Était-il possible, chez cette jeune fille, de reconnaître la nature de l'affection qui existait réellement; pouvait-on, avec quelque raison, croire à l'existence soit d'une grossesse proprement dite, d'une grossesse extra-utérine, d'une grossesse normale ou anormale, mais avec mort et décomposition du fœtus, d'une accumulation de matières fécales dans le rectum ou le côlon, d'un amas de sang dans la cavité utérine, d'un épanchement sanguin dans l'épaisseur du péritoine ou hématocèle rétro-utérine, d'une hydropisie enkystée de l'ovaire, ou enfin de toute autre tumeur développée dans le ventre? Était-il possible enfin d'arriver au véritable diagnostic? Je vais examiner toutes ces questions les unes après les autres, avant de porter un jugement. La discussion à laquelle je vais me livrer ne sera pas d'ailleurs sans intérêt pour

le diagnostic différentiel des tumeurs qui peuvent être confondues avec les kystes de l'ovaire.

Chez cette jeune fille, ceux qui prononcèrent qu'il y avait probablement grossesse et qu'il fallait attendre, s'appuyèrent sans doute sur la suppression des règles depuis plusieurs mois, sur le développement uniforme et rapide du ventre, à la suite de cette suppression, sans aucun trouble des fonctions, sur l'absence de douleurs dans cette cavité, sur la fraîcheur, sur la santé si belle de cette jeune fille, sur son âge, enfin sur l'idée qu'elle pouvait avoir quelque intérêt à cacher sa grossesse, etc.; d'autres crurent qu'il y avait grossesse extra-utérine. Ceux-ci se fondaient d'abord sur toutes les raisons énumérées plus haut, ensuite sur ce qu'il existait de la matité dans le flanc gauche, sur la douleur qu'y déterminait la pression, sur l'état normal du col de l'utérus, enfin sur l'absence de tout phénomène physiologique du côté des mamelles. La sonorité remarquable qui existait dans tout le côté droit du ventre, jointe aux signes précédemment décrits, fit penser qu'il existait une grossesse compliquée de la mort du fœtus, dont la décomposition avait donné naissance à un épanchement enkysté, à des gaz, et par conséquent à l'intumescence du ventre et à la tympanite.

Ces raisons, de part et d'autre, n'étaient pas tout à fait sans fondement, mais ils ne devaient, ni les uns ni les autres, en conclure ce qu'ils en concluaient, parce qu'il y a des jeunes filles ou des jeunes femmes qui peuvent avoir un gros ventre, une suppression des règles, offrir en apparence tous les signes de la grossesse sans être enceintes. La rétention des règles, l'hématocèle rétro-utérine, l'hydropisie ascite ou enkystée, la tympanite, les tumeurs développées dans les ovaires ou le bassin, etc., nous en offrent d'assez fréquents exemples. Ces affections peuvent se présenter avec le plus grand nombre des signes de la grossesse. Ce n'est donc point le développement du ventre ni sa forme, la cessation des règles qui caractérisent la grossesse, ce n'est pas non plus l'âge de la personne ni les rapports sexuels qu'elle a pu avoir, puisqu'on en rencontre qui offrent toutes ces conditions, sans qu'on soit pour cela en droit de conclure que c'est une grossesse. Toutes les circonstances que je viens d'énumérer doivent bien, à la vérité, se rencontrer dans la grossesse, mais l'absence des circonstances suivantes devait rendre plus circonspect dans le jugement que l'on avait à porter :

1° L'idée d'une grossesse, au moins d'une grossesse normale, devait être rejetée, puisqu'en touchant le col, on ne le trouvait point effacé, comme il aurait dû l'être dans une grossesse de sept ou huit mois : au contraire, il était long d'un pouce à peu près, son

ouverture était resserrée, les seins n'avaient éprouvé aucun changement;

2° En touchant la malade, placée sur les genoux, on ne sent pas le ballottement qui accompagnerait la grossesse, et l'utérus ne paraît pas avoir acquis un plus grand développement;

3° Par le rectum, on sent la matrice dans sa position ordinaire, son volume ne paraît pas augmenté;

4° Le défaut de mouvements perceptibles du fœtus, s'il y en avait un de sept ou huit mois. En effet, jamais la malade n'a ressenti aucun mouvement ni battement dans le ventre, et l'auscultation ne fait entendre ni bruit circulatoire placentaire ou autre.

Était-ce une grossesse compliquée de la mort du fœtus? Mais l'absence de symptômes généraux, l'état de santé de la malade, sa fraîcheur, son embonpoint, l'état de l'utérus, sa position, etc., doivent faire rejeter cette opinion.

Il était tout à fait impossible de croire à la rétention des règles dans l'utérus, à l'existence d'un polype, d'un corps fibreux, d'un mole ou d'un faux germe, puisque l'utérus avait son volume normal, qu'il n'avait pas changé de position. Du reste, l'introduction d'une sonde de femme dans la cavité utérine avait levé tous les doutes, en même temps qu'elle avait démontré qu'il n'y avait ni hydrométrie ni tympanite utérine ; dans ces cas d'ailleurs, il y a toujours une altération si profonde de la santé, que la méprise devient, par cela même, presque impossible, quand on y réfléchit un peu. Ainsi, il était donc bien évident que le siége de la maladie n'était pas dans l'utérus.

Il me reste à examiner maintenant si ce développement du ventre était dû à une accumulation de matières fécales ou à toute autre tumeur de l'abdomen, à une hématocèle rétro-utérine, à une tumeur fibreuse ou squirrheuse, à une tympanite, ou enfin à une hydropisie enkystée de l'ovaire.

Le diagnostic porté par Récamier pouvait-il être admis, un amas de matières fécales dans l'intestin. La régularité des selles chez cette jeune fille, qui avaient lieu toutes les vingt-quatre heures au moins une fois, souvent deux fois, l'état des matières fécales, qui n'indiquaient ni de la constipation, ni de la diarrhée; l'absence de coliques, la régularité des digestions, l'absence dans la région iliaque gauche de dureté, de bosselures, d'inégalités causées par les matières fécales accumulées et durcies dans l'intestin, l'examen du rectum, etc., devaient faire abandonner cette idée.

J'ignore sur quelles raisons se fondait M. Jobert pour dire que ce pouvait être une tumeur résultant d'un épanchement sanguin qui se serait organisé dans l'abdomen. Rien dans les renseignements commémoratifs ne pouvait appuyer cette opinion. Pouvait-on plutôt

croire à une hématocèle rétro-utérine ? Chez cette jeune fille les règles s'étaient arrêtées subitement à la suite d'une émotion vive, et une douleur assez forte à la pression seulement se faisait sentir dans la région iliaque gauche. Mais la marche de la maladie n'avait pas été celle de l'hématocèle ; au début, il n'y avait eu ni nausées, ni vomissements, ni frissons et fièvre intense, ni décoloration de la peau ; la douleur éprouvée par cette jeune fille ne se manifestait que par une pression assez forte : elle ne ressemblait ni à des coliques, ni à ces douleurs expulsives qui ont lieu dans les hématocèles rétro-utérines, et la consistance de la tumeur qui était molle, rénitente, n'offrait pas ces bosselures, ces reliefs, ces noyaux durs que l'on rencontre dans l'hématocèle ancienne. Le toucher eût indiqué une tumeur placée à la partie postérieure de l'utérus, plus ou moins fluctuante et séparée du doigt par les parois du vagin. Il n'y avait aucun trouble dans les voies digestives, point de constipation. En résumé, le diagnostic de l'hématocèle rétro-utérine repose sur l'abondance du flux menstruel, la marche rapide des accidents, leur ressemblance avec ceux d'une péritonite, le développement énorme et rapide de la tumeur, l'état anémique presque instantané, la projection du col utérin en avant, la présence d'une tumeur rétro-utérine et le caractère des douleurs, que les malades comparent aux douleurs de l'accouchement. Rien de semblable n'a été observé chez cette jeune fille, dont le début de la maladie a été si insidieux qu'elle n'a pu l'indiquer.

Pouvait-on supposer une tumeur fibreuse ou squirrheuse ? Le caractère de mollesse, d'élasticité, de rénitence, de même que l'âge de la malade, devait faire écarter la première de ces affections. Quant à la seconde, il était impossible d'y songer en tenant compte de la marche de la maladie, de la santé si florissante de cette jeune fille, et de l'étude de tous les symptômes qu'elle présentait.

Reste donc une hydropisie enkystée de l'ovaire gauche. C'est cette maladie que Blandin avait diagnostiquée à cause de la matité de la région iliaque gauche, de la douleur qu'on déterminait dans ce point par la pression. L'âge de la malade, l'état de sa santé générale, la marche de la maladie, étaient les raisons qu'il donnait, sans vouloir cependant affirmer son diagnostic. En suivant la méthode d'exclusion, on arrive à cette maladie, à l'hydropisie enkystée de l'ovaire, et c'était, en effet, celle qui existait. Il y avait matité dans la région iliaque gauche, douleur à la pression, rénitence et élasticité dans le point où existait de la matité, sonorité très prononcée dans le flanc droit, intumescence du ventre, etc. Ce dernier signe ne pouvait avoir une valeur bien grande, car le développement uniforme, symétrique du ventre n'a lieu le plus souvent que lorsque l'affection est ancienne ; alors la fluctuation

devient sensible. Dans l'hydropisie enkystée ou tout autre tumeur accidentelle, le changement qu'elles apportent dans la forme de l'abdomen est local, du moins pendant un certain temps ; mais la malade assurait n'avoir jamais remarqué de tuméfaction, d'un côté ou de l'autre, à aucune époque. Ici, on n'avait pas tenu assez compte d'un phénomène qu'on observe chez les jeunes filles ou jeunes femmes qui n'ont jamais eu d'enfants et qui sont atteintes de kystes de l'ovaire ; c'est que la tumeur, en même temps qu'elle se développait dans la fosse iliaque gauche, refoulait le paquet intestinal qui remplissait la fosse iliaque droite, de telle sorte que tout l'abdomen était également tendu et présentait un développement uniforme symétrique et une sonorité très prononcée à droite. Chez cette jeune fille, le toucher ne fournissait aucune indication. Quand le kyste est un peu considérable, le fond de la matrice est entraîné, enlevé par le kyste et s'incline de son côté ; le museau de tanche répond alors au côté opposé : mais si je pense qu'il existait un kyste de l'ovaire, c'est à cause de la marche de la maladie, de la matité dans le côté gauche, de la douleur à la pression, de la sensation d'eau, que la malade disait sentir dans son ventre, et de l'absence des phénomènes caractéristiques des autres maladies que j'ai passées en revue.

On aurait pu encore soupçonner une tumeur hydatique, développée dans le ventre ; j'en connais plusieurs exemples. En 1837, la femme d'un architecte, âgée de vingt-huit ans, et ayant eu un accouchement heureux, vint me consulter pour une douleur qu'elle ressentait dans le côté gauche, au-dessous des fausses côtes. En l'examinant, je reconnus l'existence d'une tumeur globuleuse, non adhérente aux parois abdominales, médiocrement mobile, peu douloureuse à la pression, assez profondément située et du volume des deux poings. On pouvait croire à une grossesse extra-utérine, à une tumeur ovarique ou à une accumulation de matières fécales. Mon ami, M. le professeur Nélaton, l'examina plusieurs fois avec moi sans jamais pouvoir se prononcer sur la nature de cette tumeur. Après un mois d'examen attentif, nous n'étions pas plus avancés sur le diagnostic que le premier jour, lorsque la sortie par les selles de nombreuses hydatides, l'affaissement et la disparition de la tumeur, vinrent nous apprendre quelle était sa nature.

L'exemple suivant est un kyste multiloculaire pris pour une grossesse :

Il s'agit d'une dame de trente-neuf à quarante ans, n'ayant jamais eu d'enfants, mais désirant beaucoup en avoir ; son ventre se développait progressivement, en même temps que les règles cessaient de paraître. Un premier médecin est consulté, puis un second : tous deux pensent, probablement d'après le récit de la ma-

lade et le développement du ventre, qu'il y a grossesse. L'époque de l'accouchement arrive ; on appelle le médecin : il examine la malade et annonce que déjà l'accouchement ne peut tarder. Tout l'annonce : elle éprouve dans le flanc droit et dans le bas-ventre des douleurs assez vives ; c'est le commencement du travail. On attend huit jours, quinze jours, et cet accouchement ne se termine pas ; probablement que la malade a mal compté. On attend encore. Sur ces entrefaites, le médecin qui soigne habituellement la malade, et qui attend l'accouchement depuis un mois, est obligé de s'absenter ; un confrère qu'il a désigné pour le remplacer est appelé par la malade, qui, à chaque douleur qu'elle éprouve, croit qu'elle va accoucher. La position est devenue plus grave, l'oppression plus grande, la respiration plus gênée, les fonctions plus difficiles. On compte de nouveau, et tout calcul fait, on trouve que la malade a dépassé son terme depuis un mois au moins. Y aurait-il quelque chose d'anormal ? Après un examen fait avec soin, ce nouveau médecin ne croit pas la malade enceinte. Un accoucheur célèbre est appelé, lequel déclare, à son tour, qu'il n'y a pas grossesse, mais un kyste de l'ovaire. La malade, qui ne peut abandonner l'idée qu'elle n'est pas enceinte, veut consulter un autre médecin. Appelé à mon tour, je constate un kyste multiloculaire, ayant : 1° à gauche, une poche principale renfermant 15 à 18 litres d'un liquide épais, filant, coloré ; 2° à droite, une seconde poche moins grande, et 3° une tumeur volumineuse, dure, inégale, probablement de mauvaise nature. Une ponction faite dès le lendemain, à cause de la grande oppression qu'éprouve cette dame, justifie ce diagnostic.

J'ignore sur quelles raisons se basaient nos confrères pour croire à une grossesse et attendre un accouchement pendant plus d'un mois : probablement sur le développement progressif du ventre, quoiqu'il ne fût pas parfaitement uniforme ; sur la cessation des règles, sur les douleurs éprouvées par la malade, sur ce fait encore que la fluctuation était des plus obscures, à cause de l'épaisseur du liquide renfermé dans le kyste. Mais à ces signes, qui, en effet, doivent se rencontrer dans la grossesse, il en manquait de beaucoup plus importants : c'étaient les mouvements de l'enfant, le bruit placentaire, le bruit fœtal, l'état des seins, qui étaient à peine apparents, mous et flasques. D'un autre côté, le toucher indiquait que la matrice était très élevée ; que le col avait plus d'un centimètre de longueur ; qu'il était porté en haut, en arrière et à gauche. D'autre part, tous les signes d'un kyste multiloculaire étaient de la dernière évidence : c'était une fluctuation circonscrite, obscure, dans le côté droit du ventre, une tumeur volumineuse très sensible au palper dans le côté gauche et moyen de l'abdomen, et plus à gauche une seconde poche fluctuante. De plus, l'état géné-

ral de la malade était mauvais et annonçait des lésions graves : elle était maigre, ayant la peau sèche, jaunâtre; tout en elle dénotait une profonde altération de l'économie. Peut-être que la tumeur est de nature cancéreuse. La douleur ressentie dans le flanc droit existait depuis le début de la maladie et longtemps auparavant que la malade se crût enceinte. Avec de tels signes, une pareille erreur est difficile à comprendre.

Un de nos confrères de province, M. le docteur Dufay (de Blois), a bien voulu me communiquer l'observation suivante ; elle est instructive à plus d'un titre :

Une jeune femme de dix-huit ans est prise, la première nuit de son mariage, d'une violente hémorrhagie utérine qui fut combattue avec succès et ne se renouvela pas plus tard. Pendant une année, aucun signe de grossesse ; seulement, au bout de ce temps, nausées, vomissements, sensibilité dans le ventre et continuation des règles, qui cependant sont moins abondantes que par le passé et finissent par disparaître complétement six mois après. On désire ardemment une grossesse, on y croit, d'autant plus volontiers que le ventre grossit régulièrement ; que les seins sont devenus plus gros et plus sensibles ; que la jeune mère se figure sentir de temps en temps les mouvements de l'enfant. M. Dufay, appelé dans ces circonstances, applique la main sur le ventre et constate, en effet, de petites secousses qu'il attribue également aux mouvements d'un fœtus ; mais ces mouvements lui paraissent moins limités et moins brusques que ceux qu'on perçoit dans les grossesses ordinaires, et il attribue cette différence à l'épaisseur des parois abdominales de sa cliente, qui est douée de beaucoup d'embonpoint ; comme il ne peut entendre non plus les battements du cœur de l'enfant, il en accuse encore l'épaisseur de la paroi abdominale... Il constate cependant un bruit de souffle assez manifeste qui, probablement dans ce cas, comme il le fait d'ailleurs remarquer, résultait de la compression des gros vaisseaux.

Au neuvième mois de cette prétendue grossesse, des douleurs dans le bas-ventre, dans les reins, annoncent un commencement de travail, puis des douleurs expulsives assez fortes pour arracher des cris à la malade ont lieu pendant deux jours. Le toucher fait reconnaître que le col est ramolli, diminué de longueur, et admet le bout du doigt. M. Dufay a recours à l'extrait de belladone pour aider la dilatation : alors les douleurs diminuent, puis disparaissent complétement. Quelques jours après, la malade fait une chute en avant dans la rue, et M. Dufay, appelé environ une heure après, trouve le ventre moins tendu, fluctuant ; la percussion donne un son sonore à la partie supérieure et mat à la partie inférieure ; absence complète de douleurs dans tout le ventre. Des purgatifs ré-

pétés, des diurétiques, amenèrent une diminution rapide de la sérosité épanchée, et la santé s'est si bien rétablie que la malade a eu trois grossesses heureuses ; seulement, l'ovaire gauche était resté le siége d'une douleur qui a disparu au commencement de la première vraie grossesse.

Notre confrère de Blois pense qu'il a eu affaire à un kyste ovarique qui s'est rompu au moment où la malade a fait une chute, et dont le liquide s'est épanché dans le péritoine ; il attribue les prétendus mouvements ressentis par la mère et perçus par la main appliquée sur le ventre à des spasmes musculaires qui se sont renouvelés depuis, la malade étant très nerveuse, et les douleurs expulsives à une névralgie utérine qui reparaît de temps en temps d'une manière intermittente et simulent parfaitement les douleurs du travail de l'accouchement. Tous ces phénomènes névralgiques disparaissent toujours sous l'influence des préparations belladonées.

Il est évident que, dans ce cas, toutes les apparences étaient en faveur d'une grossesse normale ; mais cependant, si la percussion et le palper du ventre avaient été faits avec soin, notre confrère eût reconnu la véritable maladie. Ce qui empêche, dans ces cas, de connaître la vérité, c'est que les malades sont si convaincues de ce qu'elles désirent qu'elles se trompent et éloignent le médecin d'un examen sérieux et attentif.

Dans une autre circonstance, une femme de trente et quelques années est admise à la Charité, dans le service de M. Briquet, pour une tumeur molle, élastique, rénitente, située entre les fausses côtes et le nombril du côté droit. Cette femme raconte que plusieurs chirurgiens des hôpitaux, dans le service desquels elle a demeuré à plusieurs reprises, lui ont dit qu'elle avait un rein mobile. Examinée avec soin par plusieurs médecins, les uns pensent à un kyste du foie, les autres à un abcès, les autres à un engorgement ramolli des ganglions mésentériques. Cette tumeur était circonscrite, sans changement de couleur à la peau, non douloureuse à la pression, et ne gênait les organes environnants que par compression. Elle n'était et n'avait été le siége d'aucun travail inflammatoire, et la malade n'y sentait ni battements, ni élancements, ni douleur. Les garde-robes et les fonctions digestives étaient régulières ; la fluctuation, qui, selon moi, était très évidente, était niée par tous les assistants et attribuée à un phénomène d'élasticité dont cette tumeur leur paraissait être le siége. En raison du lieu occupé par cette tumeur et du commémoratif, je pensai avoir affaire ou à une hydropisie enkystée du péritoine ou à un kyste hydatique, et surtout à cette dernière maladie, parce que, dans les antécédents de la malade et dans la marche de la maladie, je ne trouvais

rien qui pût rappeler une inflammation du péritoine, même locale. Il fut décidé que, pour éclairer le diagnostic, je pratiquerais une ponction exploratrice, qui, en effet, vint nous confirmer, par la sortie d'un plein crachoir de liquide séreux, clair comme de l'eau de roche, que cette tumeur était un kyste hydatique dont le siége était probablement dans les replis du péritoine. Je dirai en passant que cette simple ponction a amené une cure radicale.

Certains kystes ovariques s'enflamment, suppurent et renferment de la matière purulente. Dans ces cas, les malades sont toujours atteintes d'une fièvre continue, lente, de frissons irréguliers, de lassitudes, de faiblesse générale, de perte complète de l'appétit, de vomissements, de diarrhée, d'amaigrissement considérable, de douleurs dans le ventre et surtout dans le kyste de tous les symptômes, en un mot qui annoncent les grands foyers de suppuration. Ces kystes se rencontrent le plus souvent chez les femmes encore jeunes, et, pour peu qu'on n'y prenne garde, on peut s'en laisser imposer et attribuer à une fièvre grave, à une fièvre typhoïde, des symptômes qui dépendent d'une toute autre maladie. Nous en avons rapporté plusieurs exemples dans notre *Traité d'iodothérapie*, page 461, au chapitre de la *cure radicale de l'hydropisie des ovaires par les injections iodées*, et *Moniteur des hôpitaux*, 1853, tome I, page 1147, nº 144.

Mais il n'y a que l'inattention, une grande préoccupation, le défaut d'examen ou l'ignorance qui peuvent entraîner à de si grosses erreurs. C'est ainsi que, dans le cas suivant, un kyste de l'ovaire a été pris pour une fièvre typhoïde : une femme de trente-cinq ans, ayant eu plusieurs enfants, est atteinte, au mois de mai 1856, d'une longue maladie, et les symptômes qu'elle éprouva furent pris par le médecin de la localité pour ceux d'une fièvre typhoïde. Elle fut longtemps à se rétablir, et, pendant la convalescence, *il survint* dans la fosse iliaque droite une tumeur douloureuse qui bientôt devint fluctuante, s'ouvrit spontanément et obligea ensuite cette malade à entrer à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Richet, vers les premiers jours de février 1857. Elle était envoyée à l'hôpital pour un abcès de la fosse iliaque droite. Cette femme était parfaitement réglée et d'un bon appétit; seulement, elle se plaignait de douleurs continuelles dans le bas-ventre. Depuis son ouverture spontanée, qui est située au-dessus de l'arcade crurale, cette tumeur n'avait pas cessé de laisser échapper chaque jour une notable quantité de pus. A l'aide d'un morceau d'éponge préparée, M. Richet dilata l'ouverture fistuleuse assez largement pour y introduire le doigt, et reconnut qu'il existait un large foyer purulent dans lequel il découvrit une tumeur saillante renfermant quelque chose de dur et de rugueux. Ayant débridé cette ouverture fistu-

leuse à l'aide du bistouri, il parvint à retirer successivement avec des pinces plusieurs dents, des fragments d'os, puis un paquet de poils et de cheveux; plus de doute, *le prétendu abcès de la fosse iliaque, suite de fièvre typhoïde, n'était autre chose qu'un kyste fœtal.*

Les jours suivants, la suppuration était tellement abondante et fétide, et la malade avait un tel désir d'être débarrassée de son infirmité, que M. Richet tenta l'extraction de la poche kystique. La malade succomba quelques jours après l'opération. (*Société de chirurgie*, séance du 11 mars 1857; *Gazette des hôpitaux*, page 136, 1857.)

L'erreur de diagnostic commise chez cette malade n'a eu lieu probablement que parce que le médecin n'a tenu compte que des symptômes généraux, symptômes qui évidemment provenaient de la formation du pus dans le kyste. La longueur de la maladie, l'apparition d'une tumeur fluctuante dans la fosse iliaque droite, son ouverture spontanée et les débris d'un fœtus trouvés à l'autopsie, tout indique qu'il devait exister depuis longtemps dans le ventre une tumeur plus ou moins considérable, tumeur qui n'aurait pas échappé à l'investigation du médecin s'il s'était donné la peine d'interroger avec soin la cavité abdominale. Une première erreur de diagnostic en avait entraîné une seconde, en lui faisant considérer comme un abcès de la fosse iliaque, dû à une fièvre typhoïde, un kyste fœtal suppuré.

L'observation suivante va nous montrer où peut conduire une erreur de diagnostic d'un autre genre, il s'agit d'une tympanite prise pour un kyste de l'ovaire.

Il y a quelques années, une pauvre femme hypochondriaque, âgée d'environ quarante ans, et croyant avoir une grossesse extra-utérine, se fit admettre dans plusieurs hôpitaux de Paris dans le but de se faire opérer. Elle était atteinte depuis longtemps d'une tympanite considérable. Renvoyée des hôpitaux, elle entra chez une sage-femme, et s'adressa à plusieurs médecins, demandant toujours qu'on l'opérât, affirmant qu'elle était enceinte, et qu'elle avait perdu des eaux en grande quantité. Il y a trois ans, elle avait été présentée à la Société de chirurgie dans la séance du 7 juillet 1857, sur le désir de plusieurs médecins, qui pensaient que cette femme était atteinte d'un kyste de l'ovaire; malgré l'avis de la Société de chirurgie et de plusieurs autres médecins, elle n'en persista pas moins dans son désir insensé de vouloir être opérée. Voici les symptômes qu'elle présentait.

Le ventre était ballonné, uniforme, très élastique, et la grande tension des parois abdominales ne permettait qu'une impression fugitive du doigt qui les pressait. Si l'on exerçait une pression plus forte et plus soutenue, on parvenait à déprimer les parois abdomi-

nales dans tous les sens, et s'assurer qu'il n'existait aucune tumeur dans le ventre. Il n'y avait de fluctuation dans aucun point, et la percussion donnait partout un son clair et sonore. Point d'infiltration dans les membres inférieurs. Le toucher vaginal et rectal ne donnait aucune indication ; la matrice était à sa place, et n'avait subi aucun déplacement. Les digestions se faisaient mal. Cette femme disait avoir des coliques, des douleurs dans le ventre, éprouvait continuellement le besoin de rendre des vents, et avait une constipation continue ; les excréments qu'elle rendait étaient rares, durs, petits, comme ceux de la chèvre ; elle éprouvait de la chaleur, de la soif, de la fièvre ; les membres étaient amaigris. La maladie était évidemment une tympanite due à une lésion organique du tube intestinal, et, par suite, une profonde hypochondrie. Cette malheureuse femme n'avait qu'une idée, celle d'être débarrassée par une opération de la tumeur qu'elle croyait avoir dans le ventre. Rien n'avait pu l'en dissuader ; elle rencontra cependant plusieurs médecins qui, persuadés que cette malade avait un kyste de l'ovaire, cédèrent à ses instances, et tentèrent une opération à laquelle elle a succombé. Son affection était cancéreuse.

Le défaut de fluctuation, le peu de pesanteur du ventre, qui dans la tympanite ne se déjette ni d'un côté ni de l'autre, la grande tension des parois abdominales, qui ne reçoivent qu'une impression fugitive du doigt qui les presse, le son qu'on retire par la percussion, et qui s'entend dans tous les points de l'abdomen, la constipation opiniâtre, la nature et la forme des garderobes, l'état des fonctions digestives et de la santé générale des malades, et l'absence de toute infiltration des membres, sont autant de phénomènes caractéristiques qui ne permettent pas de confondre la tympanite avec l'ascite, l'hydropisie enkystée de l'ovaire, etc.

La rétention des matières fécales dans le gros intestin, mais principalement dans le cæcum, affection encore assez commune, peut être prise pour un kyste, une tumeur fibreuse, une tumeur de l'ovaire. On en trouve plusieurs exemples dans un intéressant travail lu par M. le docteur Boys de Loury à la Société de médecine du département de la Seine, séance du 7 mai 1858, et publié dans la Gazette hebdomadaire, année 1858, t. V, p. 490. Dans un cas, il s'agissait d'une dame qui avait depuis longtemps des douleurs dans le ventre, principalement à droite. Le médecin habituel y avait reconnu une tumeur, qui avait été constatée par un chirurgien appelé en consultation, et un traitement qui avait consisté en iodure de potassium pris à l'intérieur, en pommades fondantes et bains alcalins, le tout en vue de faire disparaître cette tumeur, avait été ordonné ; mais les douleurs augmentant malgré la persistance du traitement, on avait fait appeler M. Boys de Loury. Il

trouva la malade en proie aux douleurs les plus vives, s'étendant à tout le ventre, qui était ballonné ; il y avait une tympanite excessive, qui, refoulant le diaphragme, occasionnait de la dyspnée. On ne pouvait toucher les parois du ventre, qui étaient très douloureuses, surtout à droite. Malgré cet état de météorisme considérable de l'abdomen, et la douleur si intense, malgré des vomissements répétés depuis plusieurs jours, vomissements d'une bile mélangée, et dont la fétidité rappelait celle des matières stercorales, la fièvre n'était pas relativement très forte, le pouls n'était pas serré comme dans la péritonite, la face nullement grippée, la langue ne présentait aucune sécheresse. D'après ces phénomènes, M. Boys de Loury pensa que la malade était affectée d'une inflammation violente du gros intestin, occasionnée par la rétention des matières fécales dans le cæcum et dans l'arc du côlon... Il agit en conséquence, et bientôt la malade fut débarrassée de sa tumeur stercorale.

Une jeune fille soignée par un guérisseur pour une affection dont les commencements ont été mal définis, fait demander un médecin au moment où elle éprouvait les douleurs du bas-ventre les plus excessives. Les plaintes et les cris de cette jeune personne rappelaient ceux d'une femme en couches, si bien qu'avec le ventre si volumineux et sa dureté on pouvait commettre cette erreur de diagnostic. En pratiquant le toucher, on ne trouva rien de ce qui pouvait indiquer une grossesse, mais une tumeur volumineuse comprimait le vagin dans la partie postérieure. C'était le rectum, énormément distendu par des matières fécales endurcies, qui donnait lieu à la tumeur et aux douleurs d'expulsion. Sous l'influence d'un traitement convenable, le ballonnement et le gonflement de l'abdomen cessèrent avec la douleur. Cette observation, qui appartient à M. le docteur Campardon, est encore moins importante que la suivante, observée par le même médecin.

Une jeune fille de dix-huit ans était traitée pour un favus du cuir chevelu ; elle prenait un demi-verre d'eau de Sedlitz tous les matins pendant quinze jours. Après ce traitement, une péritonite se manifeste avec des caractères graves. On emploie d'abord les antiphlogistiques, puis les purgatifs répétés, qui déterminent chaque jour des selles moulées. La convalescence s'établit, mais la fièvre paraît tous les soirs ; bientôt elle devient continue. En examinant le ventre, on découvre dans la fosse iliaque droite une tumeur sans changement de couleur à la peau, peu mobile, sans fluctuation, et qui paraît lisse. Un consultant diagnostique un abcès de la fosse iliaque, et craint une issue funeste. Cependant on pratique le toucher rectal, qui fait reconnaître un amas de matières fécales dures, amassées dans l'intestin ; c'est à grand'peine qu'on parvint à l'extraire.

J'ai observé, de mon côté, il y a sept ou huit ans, une dame qui portait depuis plus de deux ans une tumeur volumineuse dans la fosse iliaque gauche, tumeur que l'on considérait comme un kyste de l'ovaire, et qui avait résisté jusqu'alors à tous les traitements, même au traitement homœopathique, qui pendant une année avait eu la prétention de faire disparaître cette tumeur. En examinant cette tumeur, je la trouvai dure, bosselée, nullement fluctuante; le ventre était légèrement tendu, ballonné. Le toucher par le vagin et le rectum me permit de constater que le petit bassin était entièrement vide. Le teint jaune, cachectique de la malade, son état de maigreur, me firent supposer que j'avais affaire non à un kyste, mais à quelque tumeur de mauvaise nature. En questionnant la malade, j'appris que depuis fort longtemps elle éprouve une constipation opiniâtre, qu'elle ne va à la garderobe que tous les dix ou douze jours, mais qu'alors surviennent de véritables débâcles, qui cependant ne font pas disparaître la tumeur, puisque dans l'intervalle le passage est complétement intercepté, même pour les gaz intestinaux. J'attribue cette constipation à la compression de la tumeur sur l'intestin; cependant je palpe de rechef la tumeur avec beaucoup d'attention, et en la comprimant fortement il me semble qu'elle change de forme par la pression, et qu'il s'y est produit un enfoncement, une dépression, comme si mes doigts pressaient sur de la terre glaise. Je conseillai un lavement fortement purgatif au séné et au sulfate de soude, et des quantités énormes de matière fécale très dure furent expulsées à plusieurs reprises et après plusieurs lavements, et la tumeur disparut complétement.

Dans les cas de tumeurs stercorales, il y a, comme dans les kystes de l'ovaire, qui refoulent les intestins, développement uniforme du ventre, tension et ballonnement; la sonorité est très évidente dans le côté opposé à la tumeur, et la percussion seule ne serait pas d'un grand secours pour le diagnostic; mais, dans les rétentions de matières fécales, il existe des signes spéciaux qui rarement font défaut. C'est d'abord une entérite plus ou moins violente, qu'occasionne la rétention prolongée des fèces, c'est le météorisme douloureux des intestins grêles, c'est la constipation opiniâtre, c'est l'interception des gaz intestinaux, souvent des envies de vomir, quelquefois des vomissements, la perte de l'appétit, etc. Enfin le toucher par le vagin et par le rectum fera souvent reconnaître la présence des matières fécales indurées et arrêtées au-dessus de l'ampoule rectale. Enfin un signe caractéristique, suivant M. Boys de Loury, est un sentiment douloureux qui paraît décrire toute l'étendue du gros intestin, et qui se manifeste principalement en opérant une pression sur la région du cæcum,

qui est presque toujours le siége de la rétention des matières fécales. Un dernier signe, auquel j'attache beaucoup d'importance, et sur lequel j'insiste d'une manière toute particulière, et qui n'est mentionnée nulle part, c'est la dépression qu'on peut imprimer à ce genre de tumeurs stercorales, au changement de forme que leur fait subir une pression énergique, on éprouve la même sensation que lorsqu'on veut enfoncer les doigts dans du suif fondu ou de la terre glaise.

Les tumeurs dures de l'abdomen, comme les tumeurs fibreuses, squirrheuses, sont aussi très intéressantes à étudier, au point de vue du diagnostic, et sont aussi quelquefois confondues avec les kystes de l'ovaire. Ces tumeurs fibreuses varient de volume et de poids; elles peuvent acquérir des proportions énormes et peser jusqu'à quarante livres et plus. A leur début, le diagnostic de ces umeurs est extrêmement difficile, et ne devient possible que lorsque déjà elles ont pris un certain développement. Les tumeurs de l'abdomen, avec lesquelles on pourrait alors les confondre le plus facilement, ce sont les kystes multiloculaires; cependant elles offrent des signes qui, selon moi, doivent empêcher de les méconnaître. D'abord, ces tumeurs se développent, en général, avec une grande lenteur, restent souvent stationnaires, arrivées à un certain point de grosseur, et ne produisent aucun dérangement sur la santé, lors même qu'elles ont acquis un volume assez considérable. Les malades n'éprouvent d'autre mal que la gêne occasionnée par le poids et le volume de ces tumeurs. Un signe qui n'est pas sans importance pour aider au diagnostic, et dont il faut tenir compte, c'est qu'elles occasionnent souvent des dérangements dans les règles, et donnent lieu à des pertes de sang considérables, ce qui s'observe rarement dans les kystes de l'ovaire, qu'ils soient uniloculaires ou multiloculaires. Si ces tumeurs occasionnent des douleurs, des élancements, de la fièvre, de l'amaigrissement, si la peau devient jaune, sèche, si, en un mot, les malades offrent tous les signes de la cachexie cancéreuse, on doit craindre une transformation de mauvaise nature, et diagnostiquer une tumeur squirrheuse. Une des complications les plus ordinaires, dans ces cas, qui sont au-dessus des ressources de l'art, c'est l'ascite. Mais ce qui en impose surtout, pour le diagnostic de ces tumeurs, lorsqu'elles ont acquis un certain volume, c'est qu'elles sont douées d'une certaine force d'élasticité qui les rend susceptibles de revenir sur elles-mêmes lorsqu'on les presse brusquement ou qu'on les saisit entre les deux mains. Si alors on essaye de leur imprimer alternativement, et en sens opposé, un mouvement de pression, dans le but de chercher la fluctuation, on sent un défaut de résistance, semblable à celui que ferait éprouver un gros ballon

en caoutchouc ayant des parois épaisses. La sensation qu'on éprouve dans ce cas est souvent prise pour de la fluctuation, et on se figure alors qu'il existe une poche à parois épaisses, renfermant un liquide plus ou moins épais, alors on diagnostique un kyste de l'ovaire, et, comme cette sensation d'élasticité peut se rencontrer dans tous les points de la tumeur explorée, on va quelquefois jusqu'à dire que ce kyste est uniloculaire. Une remarque qu'il ne faut jamais perdre de vue, si l'on veut éviter cette erreur de diagnostic, et se mettre en garde contre cette élasticité trompeuse des tumeurs fibreuses ou squirrheuses, c'est que jamais la percussion, *pratiquée légèrement* et d'après le procédé que nous avons indiqué, ne laisse percevoir la moindre fluctuation, et l'absence complète de la fluctuation dans un point quelconque de ces tumeurs, est déjà une grande présomption, pour penser qu'il n'existe aucun liquide dans la tumeur, et qu'elle est formée de tissu dur et compacte. Si d'ailleurs l'erreur de diagnostic avait été commise, et qu'on se fût décidé à l'opération, la pénétration du trocart dans l'épaisseur de la tumeur fait éprouver à la main qui pousse l'instrument une sensation particulière qui vient promptement éclairer le diagnostic. Un habile chirurgien des hôpitaux nous a dit avoir commis deux fois une pareille erreur.

Il serait facile de multiplier les exemples des erreurs de diagnostic auxquelles ces tumeurs fibreuses ont donné naissance. Je vais seulement en citer un exemple.

Un jour, il y a de cela sept ou huit ans, je fus mandé par un médecin de mes amis pour opérer dans son service, à l'hôpital Necker, une malade qu'il croyait avoir un kyste ovarique uniloculaire. Cette femme était dans l'hôpital depuis plus de trois semaines, et avait été examinée et réexaminée par un grand nombre de personnes, et toujours la maladie avait été considérée comme un kyste de l'ovaire. Cette malade pouvait avoir de trente à trente-cinq ans; elle jouissait d'une bonne santé, et n'éprouvait d'autre gêne que celle que lui causait le volume de son ventre, qui était celui d'une grossesse à terme. Les règles étaient régulières, et toutes les autres fonctions normales. A mon arrivée, je trouvai tout préparé pour l'opération, mais avant de la faire je commençai par examiner le ventre de la malade, qui, selon moi, n'avait pas un kyste de l'ovaire, mais bien une énorme tumeur fibreuse. J'avoue qu'au premier abord, et en n'y regardant pas avec soin, on pouvait parfaitement bien faire une erreur de diagnostic, car cette tumeur fibreuse présentait à la palpation une élasticité si remarquable qu'il était difficile de se défendre de l'idée de la fluctuation qu'on croyait sentir. Mais cette fluctuation n'existait réellement pas, et la percussion, pratiquée légèrement, n'en donnait pas la

moindre sensation. Toujours est-il que, grâce à ces phénomènes d'élasticité si sensibles, mon diagnostic fut contredit par toute l'assistance, dans laquelle se trouvaient plusieurs chefs de service très instruits, MM. Natalis Guillot, Monneret, Lenoir, etc. Sur l'insistance de mes savants confrères, qui, après un nouvel examen, restèrent convaincus qu'il existait de la fluctuation, et par conséquent un kyste de l'ovaire, je fis une ponction avec un gros trocart, celui dont je me sers pour la ponction des kystes ovariques. Rien ne sortit par la canule, au grand étonnement des assistants. Cette première ponction ne fut pas suffisante pour enlever les doutes de mes confrères, et une seconde fut pratiquée dans un autre point, où la fluctuation leur paraissait tellement évidente qu'il devait s'écouler du liquide; il ne sortit rien encore; enfin une troisième ponction fut faite du côté opposé, et resta sans résultat comme les deux premières. Je dirai en passant que ces ponctions dans les tumeurs fibreuses n'ont jamais de suites fâcheuses, et que chez cette malade il n'est survenu aucun accident.

J'ai eu l'occasion de faire la même remarque dans plusieurs autres cas, où une tumeur fibreuse avait été prise pour un kyste de l'ovaire, entre autres chez deux malades, l'une de M. le docteur Costilhes, l'autre de M. le docteur Trèves.

Quelquefois on rencontre des complications accidentelles qu'il n'est pas toujours facile de soumettre à des règles générales, mais qu'une investigation attentive peut cependant faire reconnaître, comme, par exemple, la grossesse qui survient chez une femme déjà affectée de tumeur ovarique, et les deux états se masquent réciproquement. D'autres fois l'ascite coïncidera avec l'hydropisie de l'ovaire ou avec des tumeurs fibreuses, squirrheuses, etc. Dans l'observation suivante, il s'agit d'un kyste compliqué d'une grossesse. Une jeune femme de vingt-six ans, jouissant habituellement d'une bonne santé et ayant eu deux enfants, se crut enceinte une troisième fois en voyant son ventre se développer; mais le terme de l'accouchement étant passé, on reconnut une hydropisie de l'ovaire droit, qui, dans l'espace d'une année, l'obligea à subir quatre ponctions. Au moment de la quatrième ponction, cette dame, qui ne s'en doutait pas, était enceinte de deux mois.

Le ventre ayant pris de nouveau un développement considérable, cette malade vint s'adresser à moi pour être traitée par les injections iodées. Elle était alors enceinte de sept mois environ, et ne croyait avoir qu'une hydropisie. Cependant elle avait remarqué, cette fois, que son ventre s'était développé plus lentement, qu'il était plus uniforme, que ses règles, qui avaient toujours été régulières, avaient cessé de paraître depuis plusieurs mois; enfin, que ses seins étaient devenus plus gros, plus sensibles, et qu'elle avait

éprouvé des dégoûts, des malaises, et un affaiblissement qu'elle n'avait jamais ressentis à chaque retour de son hydropisie, et si ce n'était la sensation d'un flot de liquide qu'elle éprouve dans le ventre, elle se croirait enceinte.

L'absence des règles, le développement plus considérable des seins, leur sensibilité, les malaises et les dégoûts que la malade avait éprouvés, étaient des circonstances dont il fallait tenir compte et qui devaient appeler l'attention du côté de l'utérus. En percutant le ventre, je constatai de la matité dans toute son étendue, excepté au-dessus de la région ombilicale, qui était sonore comme dans l'ascite. La fluctuation était partielle et n'était perçue que dans le flanc droit, à la partie inférieure duquel on trouvait un peu de sonorité. La percussion indiquait donc qu'il y avait chez cette malade une tumeur fluctuante à droite et une tumeur solide à gauche, c'est-à-dire qu'il y avait un kyste à droite et une autre tumeur à gauche ne renfermant pas de liquide. Mais de quelle nature pouvait être cette tumeur placée à gauche? Était-elle fibreuse, squirrheuse? Était-ce un kyste renfermant un liquide épais, était-ce une grossesse? L'âge de la malade, les phénomènes qu'elle avait éprouvés du côté des seins, l'absence des règles depuis plusieurs mois, devaient faire réfléchir et engager à chercher si, en effet, il n'y avait pas une complication de grossesse; l'auscultation du ventre apprit bien vite qu'il en était ainsi, aussi bien que les mouvements de l'enfant, qui étaient perceptibles à la main, mouvements que la malade avait attribués au déplacement de l'eau de son hydropisie. Deux mois après cet examen, un enfant fort et vigoureux vint au monde à terme. Traitée plus tard par les injections iodées, cette dame a guéri radicalement.

Cette complication d'une grossesse avec un kyste ovarique n'est pas très fréquente; je n'en ai rencontré que quatre cas : celui que je viens de citer, un autre qui a été vu par MM. Bretonneau et Trousseau, un troisième avec M. Dicharry, et le quatrième chez une cliente de M. Legroux, médecin de l'Hôtel-Dieu. Dans ces cas, les signes de la grossesse et ceux du kyste sont tellement caractérisés, qu'il faudrait de la part du médecin une grande préoccupation, une exploration bien imparfaite ou une grande ignorance, pour commettre une erreur de diagnostic.

Quand l'ascite coïncide avec l'hydropisie de l'ovaire, surtout l'ascite chronique avec épaississement du péritoine, on peut parfois éprouver de l'embarras pour établir le diagnostic. Parmi plusieurs faits de ce genre que j'ai observés, je citerai le suivant :

Une jeune dame portait depuis longtemps une tumeur dans le ventre; les renseignements qu'elle donnait et l'ensemble des symptômes se rapportaient parfaitement à une hydropisie de

l'ovaire ; elle avait été opérée pour cette maladie par un professeur de la Faculté, assisté d'un confrère. La ponction n'avait vidé qu'incomplètement le ventre, et l'injection iodée, qui avait été pratiquée, avait été excessivement douloureuse et amené des suites qui avaient retenu la malade au lit pendant plusieurs semaines, preuves que l'injection avait été faite dans le péritoine. Appelé à donner des soins à cette malade par le confrère qui déjà avait assisté à la première ponction pratiquée à gauche, je fis les remarques suivantes : le ventre était très volumineux et plus gros qu'à une grossesse à terme. Prévenu de ce qui avait eu lieu lors de l'opération, je n'hésitai pas, en raison des douleurs que la malade avait éprouvées au moment de l'injection iodée, à dire qu'il devait y avoir une ascite, ce qui fut établi par les signes suivants : la malade étant couchée sur le dos, la fluctuation était très évidente dans tout le ventre ; on ne percevait aucune sonorité dans les flancs, et cette sonorité était à peine sensible dans l'espace compris entre l'ombilic et le creux épigastrique. Si l'on faisait coucher la malade alternativement sur le côté droit et sur le côté gauche, le liquide se déplaçait, et la percussion donnait à gauche de la sonorité, tandis qu'à droite il existait une matité très prononcée ; il y avait aussi un commencement d'infiltration des membres inférieurs. Ces signes indiquaient donc qu'il y avait d'abord une ascite. La matité qu'on trouvait à droite apprenait qu'il existait dans ce point une tumeur que la percussion faisait reconnaître fluctuante, et, d'ailleurs, les renseignements fournis par la malade, qui affirmait que sa tumeur avait commencé du côté droit, ne pouvaient laisser aucun doute : il y avait donc une ascite consécutive à un kyste de l'ovaire. D'un autre côté, lorsque la malade était couchée sur le dos, en déprimant fortement le ventre pour déplacer le liquide de l'ascite, on sentait très distinctement qu'il y avait une tumeur assez volumineuse située plus profondément dans le côté droit. Je commençai par vider le péritoine de son contenu ; puis, le kyste de l'ovaire étant devenu très apparent, je le ponctionnai à son tour et l'injectai de teinture d'iode. Ce kyste étant revenu sur lui-même, l'ascite ne s'est pas reproduite, et la malade a obtenu sa guérison après avoir subi quatre ponctions et quatre injections. Un des cas les plus remarquables que j'aie observés dans ce genre, c'est celui d'une vieille femme de soixante et dix-sept ans ; elle était affectée d'une ascite considérable et de deux kystes inégaux en volume, l'un à droite, l'autre à gauche. Après la ponction et l'injection plusieurs fois répétées de ces kystes, l'ascite a disparu, et cette malade a guéri et a pu prolonger son existence jusqu'à quatre-vingt-cinq ans.

Assez ordinairement, dans les cas de kystes compliqués d'ascite,

lorsqu'on palpe avec soin les parois du ventre, la main rencontre une ou plusieurs tumeurs, peu dures, quelquefois molles, dans lesquelles on sent même de la fluctuation. Si, malgré un examen attentif, il arrivait qu'on restât encore dans le doute sur la nature de la maladie, on aurait encore les caractères du liquide après la ponction pour éclairer le diagnostic; et enfin, si le liquide lui-même était insuffisant pour lever tous les doutes, les phénomènes produits par l'injection iodée apprendraient d'une manière certaine si c'est une ascite ou une hydropisie enkystée de l'ovaire. D'autre part, soit que la ponction soit faite au hasard dans un kyste ou dans la cavité péritonéale, le ventre conserve toujours un certain volume qui fait reconnaître l'état des choses. En effet, si le kyste a été ponctionné et vidé, l'ascite reste; si c'est le liquide de celle-ci qui est évacué, le kyste, débarrassé du liquide qui l'entoure, apparaît dans toute son étendue et avec tous ses caractères particuliers; dans l'un comme dans l'autre cas, la ponction est donc quelquefois nécessaire pour assurer le diagnostic.

D'autres fois, l'ascite se rencontre avec des tumeurs fibreuses, surtout avec des tumeurs squirrheuses des ovaires, et, dans ces cas, une méprise est facile à commettre. Ici la palpation et la percussion ont une grande importance, car si la dernière fait reconnaître la présence et le siége du liquide, la première indique, en pressant assez fortement les parois de l'abdomen, qu'il existe derrière le liquide une tumeur dure, élastique. A ces signes vient se joindre souvent un état mauvais de la santé générale et de toutes les fonctions, qui doivent faire craindre une tumeur squirrheuse de l'ovaire. Une erreur semblable m'est arrivée dans un cas où, avec plusieurs de mes confrères, j'ai pris une tumeur cancéreuse de l'ovaire, compliquée d'ascite, pour un kyste multiloculaire.

Il s'agissait d'une femme de quarante-sept ans, maigre, de constitution sèche, de santé habituellement mauvaise, n'ayant plus ses règles, après avoir eu dix enfants. Cette malade était venue me consulter au commencement de 1858 pour une tumeur abdominale dont le début remontait au moins à dix ans, vers l'époque de son dernier accouchement, qui, comme tous les autres, avait été très heureux. La tumeur siégeait dans le côté gauche du ventre, et pendant longtemps n'avait apporté aucun trouble dans toutes les fonctions. Les règles avaient été régulières jusqu'à il y a environ une année; c'est alors que la tumeur a commencé à prendre un développement plus considérable, et que j'ai été appelé à l'examiner. Sa grosseur était à peu près celle de la tête d'un enfant à terme; elle paraissait arrondie, dure, insensible à la pression. On n'y sentait aucune fluctuation; l'amaigrissement extrême de la malade et la minceur des parois abdominales rendaient ces signes

très évidents. Je diagnostiquai une tumeur de nature probablement fibreuse et conseillai à cette malade de ne rien faire. Trois mois plus tard, elle revint me voir, et je fus étonné du volume de la tumeur, qui avait plus que doublé, et, dans l'espace d'une année, elle acquit un volume si considérable, qu'elle avait envahi tout le ventre et lui avait donné l'aspect régulier d'une grossesse à terme. Malgré ce développement rapide et considérable, cette tumeur était restée toujours insensible à la pression, les veines des parois abdominales étaient devenues variqueuses, et les membres inférieurs n'offraient pas la moindre infiltration. Toutes les fonctions intestinale et vésicale étaient très gênées, l'appétit était nul, et cette femme dépérissait à vue d'œil ; elle était très amaigrie et avait un aspect jaunâtre. Il existait de la fluctuation, et la pression donnait la sensation d'une élasticité remarquable, et telle qu'il était difficile de se défendre de l'idée d'une fluctuation profonde et semblable à celle qu'on rencontre dans certains kystes ovariques multiloculaires renfermant un liquide épais. Je diagnostiquai un kyste multiloculaire compliqué d'ascite. Ce qui avait pu en imposer dans ce cas, dont l'autopsie fut faite, et faire croire à un kyste multiloculaire renfermant un liquide, c'est qu'il existait dans le péritoine une certaine quantité de liquide qui, interposé entre cette tumeur et les parois abdominales, donnait lieu à une fluctuation réelle, de telle sorte que cette fluctuation, qui n'était pas générale à cause des nombreuses adhérences qui existaient entre la tumeur et les parois abdominales, jointe à l'élasticité de la tumeur, qu'on ne pouvait palper qu'au travers du liquide péritonéal, pouvaient faire croire à une fluctuation plus profonde. D'autre part, le développement si considérable et si rapide de cette tumeur cancéreuse, qui, dans l'espace d'une année, avait quintuplé de volume, me firent admettre l'existence d'un kyste multiloculaire plutôt que l'existence d'une tumeur fibreuse, ainsi que je l'avais pensé d'abord ; mais si j'avais tenu bien compte de l'état général de la malade, de son amaigrissement, de sa faiblesse, du développement variqueux des veines, du trouble de toutes les fonctions, de la marche de la maladie en un mot, j'aurais dû reconnaître une tumeur squirrheuse de l'ovaire gauche.

Est-il possible de savoir si des adhérences existent entre les tumeurs et les parois de l'abdomen dans le cas de tumeurs ou de kystes adhérents? En faisant aller et venir par un mouvement de glissement les parois de l'abdomen sur les parties antérieures et latérales des tumeurs, ou en soulevant ces parois si elles sont relâchées, on peut jusqu'à un certain point constater la mobilité qui existe entre ces différentes parties ; mais si des adhérences existent aux parties latérales et postérieures des tumeurs, il est tout à fait

impossible de s'en assurer. Cependant si, en essayant de mouvoir la tumeur dans tous les sens, la malade étant couchée sur le dos, les jambes fléchies, on peut y parvenir facilement, ce serait une preuve que le kyste n'aurait pas d'adhérences et qu'il est seulement pédiculé. Un autre signe peut encore être tiré de cette circonstance, c'est que s'il n'existe pas d'adhérences, la tumeur peut s'abaisser de 5 à 6 centimètres, pendant une profonde inspiration. La sensation particulière de crépitation et de frottement que l'on éprouve en palpant les téguments qui recouvrent la tumeur, annonce l'existence probable d'adhérences entre la tumeur et le péritoine pariétal ; mais la connaissance de ces adhérences ne deviendrait utile et nécessaire que dans les cas où l'on se proposerait de pratiquer l'ovariotomie.
